

A cura di

Mario Del Vecchio - Anna Romiti

# Governare le aziende sanitarie in cambiamento

Top e middle management  
alla prova delle nuove dimensioni

**s&r**

---



A cura di

**Mario Del Vecchio - Anna Romiti**

# **Governare le aziende sanitarie in cambiamento**

Top e middle management  
alla prova delle nuove dimensioni

Copyright © 2020 EGEA S.p.A.  
Via Salasco, 5 – 20136 Milano  
Tel. 02/58365751 – Fax 02/58365753  
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni. Per altre informazioni o richieste di riproduzione si veda il sito [www.egeaeditore.it](http://www.egeaeditore.it)

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: ottobre 2020

ISBN 978-88-238-4652-4 volume cartaceo

ISBN 978-88-238-1983-2 ebook

# Indice

<b>Prefazione</b> di <i>Francesco Ripa di Meana</i>	7
<b>Ringraziamenti</b>	11
<b>Capitolo 1. Il tema e gli obiettivi della ricerca</b> di <i>Mario Del Vecchio e Anna Romiti</i>	13
<b>Capitolo 2. I ruoli di vertice e di <i>middle management</i> in sanità</b> di <i>Anna Romiti e Mario Del Vecchio</i>	23
2.1 Ruoli manageriali e aziende sanitarie	23
2.1.1 Le caratteristiche dei ruoli ibridi	23
2.1.2 I contenuti del management in sanità	26
2.2 Il ruolo del vertice aziendale di fronte alla complessità	32
2.2.1 Definizioni, ruoli e funzioni	32
2.2.2 Il vertice nelle aziende sanitarie italiane	34
2.3 Il ruolo del <i>middle management</i> in aziende più grandi	36
2.3.1 Definizioni, ruoli, funzioni	36
2.3.2 Le peculiarità del ruolo di <i>middle manager</i> in sanità	38
<b>Capitolo 3. Ruoli manageriali e processi di fusione</b> di <i>Anna Romiti, Mario Del Vecchio, Chiara Milani</i>	51
3.1 La metodologia per l'analisi qualitativa	51
3.1.1 L'analisi documentale	51
3.1.2 La metodologia qualitativa	52
3.2 Il processo di fusione e i caratteri aziendali	55
3.2.1 I casi aziendali	55
3.2.2 Sintesi e prime osservazioni	62
3.3 Le principali modificazioni nella struttura organizzativa: l'area del governo aziendale, le linee intermedie e il nucleo operativo	63

3.3.1 I casi aziendali	63
3.3.2 Sintesi e prime osservazioni	70
3.4 Il <i>middle management</i> : il processo decisionale e relazionale- informativo	71
3.4.1 I casi aziendali	71
3.4.2 Una prima sintesi sui ruoli manageriali nelle aziende analizzate	86
3.5 Gli organi di governo aziendale: cambiamento e meccanismi di <i>governance</i>	88
3.5.1 I casi aziendali	89
3.5.2. Una prima sintesi sugli organi di governo aziendale	98
Appendice	101
<b>Capitolo 4. Il <i>middle management</i> e le sue percezioni</b>	
di <i>Anna Romiti, Mario Del Vecchio, Gino Sartor</i>	105
4.1 La metodologia per l'analisi quantitativa	105
4.1.1 Struttura e somministrazione del questionario	105
4.1.2 L'analisi fattoriale	106
4.2 Il campione. Composizione e descrizione	108
4.3 I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa	111
4.3.1 Il modello generale	111
4.3.2 L'analisi dei fattori	112
4.3.3 La relazione tra i fattori	122
4.3.4 Il confronto tra ruoli e tra unità di personale dirette	124
4.4 I casi aziendali	127
4.4.1 Il caso dell'Asl Roma 1	127
4.4.2 Il caso dell'AUSL Toscana Centro	129
4.4.3 Il caso dell'Asl Città di Torino	132
4.5 Osservazioni conclusive	135
Appendice 1	138
Appendice 2	144
<b>Capitolo 5. Conclusioni e prospettive</b>	
di <i>Mario Del Vecchio e Anna Romiti</i>	157

# Prefazione

*di Francesco Ripa di Meana*

Promuovere il funzionamento delle aziende sanitarie pubbliche e rappresentarne le esigenze è la missione istituzionale di FIASO. Non è un compito semplice. Si tratta, da una parte, di costruire una interpretazione, orientata all'azione, su ciò che accade nelle aziende e su ciò di cui esse hanno bisogno e, dall'altra, di provare a influenzare il mondo esterno, l'ambiente nel quale le aziende stesse agiscono e perseguono le loro finalità. In entrambi i casi è necessario poter fare affidamento su quadri concettuali robusti e argomentazioni convincenti, ragionamenti che possono svilupparsi solo nell'incontro tra chi ha la responsabilità della gestione e agisce nella realtà e chi, di quella realtà e di quelle azioni, propone rappresentazioni e chiavi di lettura. In questa prospettiva la ricerca non può sostituire il giudizio (a volte l'intuito) e la responsabilità del management. Ne diventa, invece, un interlocutore indispensabile nella misura in cui è in grado di offrire non verità assolute, ma descrizioni e quadri interpretativi che spieghino ciò che è già successo e aiutino a intervenire su ciò che accadrà.

Quando FIASO ha deciso di promuovere la ricerca che viene qui presentata, l'obiettivo di fondo era quello di provare a far convergere due grandi temi sui quali la Federazione e la comunità che la sorregge erano particolarmente impegnate. Il primo è quello del governo delle aziende quando queste, come sta accadendo negli ultimi anni, cambiano significativamente dimensione e si trovano a operare in sistemi che spostano il loro baricentro verso il livello regionale. Il secondo guarda al *middle management*, cioè a tutti quei ruoli gestionali, nelle aziende sanitarie prevalentemente di natura ibrida, che dovrebbero fungere da snodo tra il funzionamento dei nuclei operativi e le responsabilità del *top management*. Identificate tre grandi aziende, la ricerca, come è poi effettivamente accaduto, avrebbe esplorato i temi sia in una prospettiva qualitativa sia attraverso l'utilizzo di metodologie quantitative, discutendo i risultati con un panel selezionato di direttori aderenti a FIASO.

Se dalla fine del lavoro alla sua pubblicazione avessimo vissuto “tempi normali”, la prefazione avrebbe guardato al futuro avendo come punto di riferimento la medesima realtà esplorata dalla ricerca. I mesi trascorsi hanno, invece, sottoposto aziende e sistema a una tensione drammatica e innescato processi di cambiamento di cui è oggi difficile immaginare direzione e portata. In questa situazione, piuttosto che sottolineare alcune delle implicazioni della ricerca rispetto a una pratica manageriale i cui contorni restano incerti, potrebbe essere più utile usare ciò che avvenuto come stress test della ricerca stessa, provando a verificare la validità di alcuni risultati rispetto a quanto poi effettivamente avvenuto nell'emergenza. Nel capitolo dedicato alle conclusioni, gli autori mettono a fuoco tre diverse aree di contenuto: la plasticità delle aziende, il ruolo del direttore generale, il legame del *middle management* con l'azienda.

Per posizione e storia personale, non posso che partire dal ruolo dei direttori generali. La ricerca ci ricorda come la visione e le idee dei DG siano in grado di contagiare il management e così orientare il comportamento dell'intera organizzazione. In questa prospettiva avere la responsabilità ultima di una azienda non può, come vorrebbe una concezione delle aziende pubbliche, purtroppo, ampiamente diffusa, ridursi a un mero “monopolio decisionale”, ma implica riuscire a essere un punto di riferimento, arrivare a costruire e condividere con la struttura portante dell'organizzazione la lettura di ciò che accade e di ciò che bisogna perseguire. Nell'emergenza COVID-19 molte aziende hanno tenuto proprio perché i loro DG sono stati in grado di “esserci”, di orientare gli sforzi, di rappresentare un collante per organizzazioni che correvano il rischio di essere sopraffatte dalle incertezze dell'ambiente e disgregate dalla inevitabile rottura degli ordinari meccanismi di gestione. Si è trattato di un ruolo che non poteva godere delle luci della ribalta, quelle che nel bene e nel male hanno illuminato i primi piani di molti protagonisti, politici o professionisti che fossero. A volte il copione ha addirittura suggerito un vero e proprio passo indietro, per lasciare il timone operativo ai “direttori della produzione”. Senza eccessivi clamori questi DG si sono assunti delle responsabilità, hanno corso dei rischi, a volte hanno sbagliato, ma è anche per merito loro che risultati importanti sono stati raggiunti. Di tutto ciò è necessario che il sistema prenda atto, per almeno due motivi. Il primo è che se la scarsa visibilità è parte del ruolo, non è pensabile che ai DG, e al *top management* nel suo insieme, rimangano solo l'onere dei rischi degli errori. Non è soltanto una questione di equità; in queste condizioni finiscono per prevalere atteggiamenti e comportamenti difensivi che priveranno le aziende di energie fondamentali, realizzando così facili profezie auto-avverantesi sulla scarsa utilità del management. La seconda è che nella formazione, selezione e valutazione dei DG, le capacità legate a quella che in termini molto semplificati potrebbe essere definita come *leadership*, dovrebbero essere adeguatamente tenute in considerazione.

Nelle riflessioni sulla plasticità i ricercatori sottolineano la capacità di assorbimento del cambiamento messa in mostra dalle aziende di fronte a una nuova complessità derivante da un incremento delle dimensioni. Tale assorbimento sembra essere avvenuto pur in assenza di trasformazioni di rilievo in elementi strutturali del funzionamento quali gli assetti istituzionali od organizzativi. Saremmo, insomma, di fronte a una capacità delle aziende di adattarsi senza trasformarsi. L'emergenza COVID-19 ha, in molti casi, fatto venir meno l'oggetto stesso e la necessità della trasformazione: le organizzazioni sono, per così dire, passate direttamente dallo stato solido a quello liquido. La pressione esterna, la chiarezza e l'urgenza delle poche cose che andavano fatte hanno travolto gli assetti organizzativi, le procedure, gli steccati disciplinari e professionali, le resistenze a difesa di vantaggi individuali. Dimostrata da parte di molte aziende, di fronte a un evento eccezionale, una inaspettata capacità di operare in una logica completamente *mission driven*, rimane comunque il tema della trasformazione, di un cambiamento intenzionalmente guidato negli elementi relativamente stabili del contesto aziendale che ne condizionano il funzionamento e le capacità evolutive. Da questo punto di vista la "liquefazione" apre una finestra di opportunità unica, che può, però, chiudersi rapidamente. Una "solidificazione casuale" porterebbe con sé il rischio di tornare agli schemi precedenti (la resilienza nel suo aspetto negativo), accentuandone, magari, gli elementi di rigidità. Ancora una volta le possibilità del *management* di operare per il bene duraturo dell'azienda sono, però, legate, oltre alle sue capacità, ad alcune condizioni esterne. Molte delle rigidità che rendono difficili le trasformazioni sono, infatti, rappresentate da vincoli esterni che andrebbero rimossi o quantomeno allentati. Ma soprattutto la fase di ricostruzione/riassetto che le aziende stanno vivendo, e che caratterizzerà il futuro prossimo, dovrà lasciare adeguati margini di autonomia alle aziende e al loro *management* nel definire coerenti schemi e strutture di funzionamento. Gli investimenti di risorse umane ed economiche che presumibilmente affluiranno al SSN, dopo anni di contrazione, non devono, infatti, essere un semplice recupero del passato, ma rappresentare un passo verso i servizi del futuro, i quali non potranno svilupparsi ed evolvere con le regole e le rigidità del passato.

Infine, anche sul tema del legame tra *middle management* e azienda, l'esperienza COVID-19 ha prodotto conferme e, al tempo stesso, consente qualche osservazione. Le conferme sono relative al capitale di attaccamento che i professionisti e il *middle management* che ne è, in larga parte espressione, hanno generalmente mostrato nei confronti dell'azienda. Ciò che è stato sperimentato durante l'epidemia ci dice che la sanità rimane, da questo punto di vista, un ambito ricco di valori con un potenziale di motivazione che ha pochi eguali in altri settori. Si tratta però di un capitale, come sottolinea la ricerca, la cui natura è ambigua e che risulta "difficile da maneggiare". L'ambiguità è nell'oggetto dell'attaccamento che è più identificabile nel lavoro e nelle attività che vengono svolte piuttosto che

nell'azienda, intesa come insieme organizzato e gerarchicamente ordinato nel quale le attività hanno luogo e assumono un significato specifico. L'equilibrio e le relazioni tra lavoro e azienda sono particolarmente delicati e rispecchiano una mai completamente risolta dialettica tra professione e management. Se l'emergenza ha attivato le energie nei confronti del lavoro in alcuni casi sembra però aver mandato in crisi il versante aziendale. Superato il picco dell'emergenza, il patto tra professionisti e *management*, di cui il *middle management* è espressione e garante, sembra, infatti, in alcuni frangenti, essersi rotto, con una parte del mondo professionale che rivendica una distanza dalle scelte e dalle responsabilità manageriali richiamando contesti lontani nel tempo. È vero che i segnali in questa direzione non sono generalizzati e che affiorano più nel dibattito pubblico che nella realtà delle aziende, ma rimane un elemento di potenziale tensione che non può essere lasciato irrisolto.

Le potenzialità espresse nella ricerca di un *middle management* motivato e ben inserito nelle posizioni aziendali e l'evidenza di situazioni di conflitto fra *management* e rappresentanze dei professionisti devono spingerci verso il rilancio di forme di divisione/condivisione delle responsabilità per una nuova alleanza *mission driven* che superi le attuali ambiguità, frutto di "non scelte" della politica.

La dimostrazione della plasticità delle aziende e la presa d'atto della loro capacità di adattamento al contesto devono renderci più coraggiosi nel perseguire scelte che valorizzino le differenze e rendano permanenti gli strumenti di flessibilità; la crescita delle relazioni fra le aziende nei contesti delle holding regionali deve far tesoro di questa plasticità e non ingabbiarla in scelte rigide puntando più sulla condivisione delle linee strategiche esaltando le potenzialità delle singole aziende, in rete fra loro, evitando la nascita di nuove gerarchie decisionali che porterebbero indietro i sistemi regionali verso una nuova burocratizzazione.

Ambedue le considerazioni precedenti richiamano il tema della qualità e della tempestività e della efficacia delle decisioni manageriali di fronte alle nuove sfide dell'innovazione e di una rapida disponibilità di risorse da allocare, che impongono scelte di priorità e l'identificazione di nuove e più efficaci relazioni interne ed esterne alle aziende. Non c'è dubbio che il portato di queste affermazioni è il riconoscimento oramai esplicito, e non scontato, della centralità del *management* e la necessità di rivedere i processi della sua formazione e di migliorare i sistemi di selezione e valutazione degli *skill* necessari.

Insomma è giunto il momento di riprendere un dibattito sulle diverse responsabilità e su come devono articolarsi nelle aziende sanitarie pubbliche del futuro. In tal senso la ricerca che presentiamo può fornire una importante base empirica.

# Ringraziamenti

Il bisogno delle direzioni strategiche di approfondire il significato dei cambiamenti occorsi all'indomani delle sempre più frequenti fusioni aziendali è il fondamento da cui il presente Progetto di Ricerca di FIASO ha preso le mosse.

I ringraziamenti non possono non iniziare con chi ha deciso di investire in questa ricerca, ovvero il Comitato di Presidenza e il Comitato Direttivo di FIASO.

## **Comitato di Presidenza**

Francesco Ripa di Meana – DG IRCCS IRE-IFO-ISG - Presidente

Valerio F. Alberti – già DG ASL Città di Torino

Mara Azzi – DG ATS Pavia

M. Paola Corradi – DG ARES 118

Walter G. Locatelli – Commissario straordinario A.Li.Sa

Rocco A. Maglietta – già DG AOR Ospedale San Carlo

Giovanni Migliore – DG AOU Consorziale Policlinico di Bari

Annamaria Minicucci – DD AORN Santobono Pausilipon

Fausto Nicolini – già DG AUSL IRCCS Reggio Emilia

## **Comitato Direttivo**

Luca Baldino – DG AUSL Piacenza

Paolo Bordon – già DG APSS Trento

Michele Caporossi – DG AOU Ospedali Riuniti Ancona

Francesco Cobello – DG AOUI Verona

Ilde Coiro – già DG AO San Giovanni Addolorata

Antonio D'Amore – DG ASL Napoli 2 Nord

Antonio D'Urso – già DG AOU Sassari

Vitangelo Dattoli – DG AOU Ospedali Riuniti Foggia

Roberto Fagnano – già DG ASL 4 Teramo

Ida Grossi – già DG ASL Asti

Giovanni Monchiero – Past President FIASO

Paolo Petralia – DG IRCCS G. Gaslini  
Monica Piovi – DG ESTAR Toscana  
Gianluigi Scannapieco – già DG IRCCS materno-infantile Burlo Garofolo  
Gennaro Sosto – già DG ASREM Molise  
Alberto Zoli – DG AREU Lombardia  
Nicola Pinelli – Direttore FIASO

Grazie a tutti i citati coordinatori regionali che, nell'ultimo biennio, hanno fatto sì che il Comitato Direttivo della Federazione divenisse un luogo di riflessione profonda sui cambiamenti aziendali e, di conseguenza, sui cambiamenti della professione per i componenti delle direzioni strategiche e per il *middle management*.

Un sentito ringraziamento va ai Direttori Generali Valerio F. Alberti (ASL Città di Torino), Paolo Morello Marchese (AUSL Toscana Centro) e Angelo Tanese (ASL Roma 1) che nel 2019 hanno reso possibile, nelle rispettive Aziende, la rilevazione realizzata tra i middle manager coinvolti.

La gratitudine della Federazione va al CUSAS (Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria) e segnatamente agli autori Mario Del Vecchio, Anna Romiti, Chiara Milani e Gino Sartor dell'Università di Firenze per l'impegno, la professionalità, l'organizzazione, la comprensione dei bisogni e, più in generale, la passione che hanno messo in questo progetto di FIASO.

Si ringraziano anche Diana de Maffutiis di FIASO per il supporto generale e Daniele Lucarelli per la preziosa supervisione dell'editing.

Un grazie riconoscente va poi al supporto tecnico fornito da Raffaele Cassa e Paolo Santurri della società CODRES per la somministrazione della *survey*.

Da ultimo, l'omaggio più grato va ai 170 professionisti delle tre Aziende focus che hanno compilato i questionari online su cui poggia la presente ricerca.

FIASO spera di esser riuscita a inserire una tessera in più nel mosaico dell'evoluzione aziendale che permette e permetterà al nostro SSN di divenire sempre migliore.

# Capitolo 1. Il tema e gli obiettivi della ricerca

*di Mario Del Vecchio e Anna Romiti*

Negli ultimi dieci anni il panorama delle aziende sanitarie è profondamente mutato, anche a causa delle riforme che hanno interessato il settore (Preston e Loan-Clarke 2000).

Quello che ha caratterizzato alcune delle riforme più recenti è stato l'ampio ricorso ai processi di fusione, in conseguenza dei quali, troviamo oggi in Italia organizzazioni, soprattutto territoriali, con bilanci che superano il miliardo di euro, che hanno più di diecimila operatori diretti e una popolazione superiore al milione di abitanti.

Nel caso delle aziende sanitarie, le dimensioni impattano in modo rilevante sulla complessità del loro governo per due aspetti: da una parte perché il coordinamento è più complesso – in presenza di servizi poco standardizzabili e di un elevato grado di autonomia dei professionisti – e dall'altra perché la nuova dimensione determina l'ampliamento dei portatori di interesse.

Il buon esito delle fusioni dipende, in questi contesti, dalle modalità con le quali sono modificati gli assetti interni delle aziende in relazione al cambiamento dimensionale, ma anche dal fatto che tali assetti siano modificati o no. Le fusioni, infatti, non riducono i problemi di governo dei sistemi complessi, ma producono un loro spostamento dal terreno istituzionale a quello organizzativo (Del Vecchio et al. 2017).

In questo senso, quindi, un ruolo rilevante è giocato dal vertice aziendale e dalle modalità con le quali lo stesso fa fronte alla complessità.

Il ruolo degli organi di governo nel gestire il cambiamento può assumere infatti caratteristiche differenti e impattare in modo diverso sugli altri ruoli aziendali e in particolare su quelli di *middle manager* (MM) che, in aziende di grandi dimensioni, assumono un peso rilevante.

Per far fronte alla complessità, da una parte il vertice può intervenire sulla struttura organizzativa, modificando i ruoli e le relazioni tra essi; dall'altra può riconfigurare funzioni e ruoli del vertice strategico stesso.

Dal punto di vista della struttura organizzativa, il *top management* può agire prevalentemente in due modi per rispondere alla maggiore dimensione.

Una prima scelta può ricadere sulla riduzione delle catene di comando al fine di creare una maggiore centralizzazione. In questi casi l'inserimento di ruoli di staff può contribuire a rafforzare ulteriormente la centralizzazione e ad allargare lo *span of control* del *top management* (Belasen e Belasen 2016, Rajan e Wulf 2006).

Una seconda scelta, al contrario, può ricadere su un allungamento delle catene di comando attraverso un più ampio ricorso al decentramento e alla delega (Mintzberg 2012, Collis et al. 2012).

Dal punto di vista delle funzioni e dei ruoli del vertice, in Italia l'assetto istituzionale degli organi di governo è definito per legge, è unico per tutte le aziende del SSN ed è di natura monocratica.

Vale la pena di sottolineare come monocraticità e omogeneità rimangano caratteristiche degli assetti istituzionali che sembrano destinate a non essere messe in discussione nel prossimo futuro, nonostante le profonde trasformazioni che hanno investito il sistema delle aziende rispetto ai primi anni Novanta quando quelle scelte vennero fatte.

Al di là degli aspetti formali, la cosiddetta triade è comunque in grado di esercitare un certo grado di autonomia nelle scelte strategiche e di aggiustare gli assetti reali di *governance* rispetto a queste.

A partire da un insieme di ruoli e regole prefissati, ogni azienda può e deve sviluppare una strategia di *governance* che riesca, da una parte, a fronteggiare la complessità che è originata dagli *stakeholders* esterni e dalle difficoltà di incorporare differenti e rilevanti punti di vista nei processi decisionali e, dall'altra, di esercitare il controllo sul funzionamento interno.

In altri sistemi sanitari si tratta di responsabilità che sono normalmente attribuite a organismi collegiali e non gestite da organi monocratici, come avviene in Italia.

Dunque, seppur dentro i limiti e le restrizioni delle politiche regionali (Ashburner 2003), il vertice di un'azienda sanitaria in Italia copre parte dei ruoli e delle funzioni che in altre organizzazioni sanitarie e sistemi differenti, anche per la complessità crescente che tali aziende hanno assunto negli ultimi anni, sono sotto la responsabilità dei *board* (Chambers 2019, Lee et al. 2008).

Più concretamente, il *top management* di un'azienda sanitaria deve allocare le sue energie in tre diverse aree:

- a) l'ambiente politico-istituzionale, in cui vengono definite e negoziate la missione e le strategie organizzative;
- b) la *governance* di un sistema complesso costituito da organizzazioni pubbliche e private che concorrono al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione;
- c) l'ambiente interno che gestisce un'organizzazione ampia e differenziata.

Negli ultimi cinque anni i cambiamenti sopra evidenziati (riduzione del numero di aziende sanitarie e allargamento della loro dimensione media) hanno impattato progressivamente, in modo sempre più forte, su tutte e tre le aree che richiedono l'attenzione del vertice. Un'azienda sanitaria più grande significa un aumento del numero di attori esterni e del volume dei servizi da produrre. Allo stesso tempo, la struttura di governo delle aziende sanitarie, incentrata sul GD e sulla triade, non è cambiata dalla riforma del 1992; nonostante la notevole autonomia di cui godono le regioni nella progettazione dei propri sistemi, rimane l'unica struttura di governance consentita alle organizzazioni sanitarie pubbliche, indipendentemente dalle loro dimensioni e missioni (Del Vecchio e Romiti 2017).

In questo contesto di struttura di governo immutata, molti *top management* hanno dovuto affrontare le sfide derivanti dalle nuove dimensioni allargate e il loro impatto sulle diverse aree di governo.

Il riaggiustamento che si può osservare nel funzionamento del *top management team*, dopo un processo di fusione, segnala come vengono percepiti e risolti i potenziali squilibri tra le diverse aree governance.

La presente ricerca tenta di classificare questi cambiamenti e di collegarli, da un lato, a determinate caratteristiche strutturali dell'azienda e, dall'altro, alla visione del GD. L'importanza di tale analisi deriva anche dal fatto che, oltre che la natura del cambiamento stesso, il modo con cui è implementato il cambiamento ha ricadute importanti sul MM (Kelliher e Perry 2015).

Le riforme che hanno mutato le dimensioni delle aziende, infatti, oltre che sulle modalità di governo e sui ruoli del *top management*, hanno avuto importanti riflessi anche su altri ruoli aziendali, in particolare su quelli di *middle management*.

Recenti ricerche hanno riportato la correlazione esistente tra le riforme che hanno caratterizzato, negli ultimi anni, le organizzazioni sanitarie pubbliche e i cambiamenti relativi al ruolo dei MM.

I cambiamenti nelle caratteristiche del lavoro derivanti dalle riforme sono spesso associati a un incremento di pressione su tale ruolo (Kelliher e Perry 2015) che si è riflesso, in alcuni casi in modo negativo, sui risultati del lavoro di tali soggetti (Steane et al. 2015, Teo et al. 2016), in particolare sulla *job satisfaction* e sull'identità dei professionisti (Kirpal 2004).

È stato inoltre dimostrato che l'impatto negativo delle riforme è dovuto soprattutto al modo in cui il cambiamento è implementato - in termini di obiettivi percepiti come non facilmente gestibili (aumento delle ore lavorate, aumento delle responsabilità, aumento del carico di lavoro) - piuttosto che alla natura del cambiamento stesso (Kelliher e Parry 2015).

In ambito sanitario la natura del lavoro impatta sulla qualità e sulla salute dei pazienti e rappresenta quindi un ambito da approfondire al fine di eliminare,

o almeno ridurre, l'eventuale influenza negativa che questa può avere sulla qualità dei servizi (Buchanan et al. 2013).

I ruoli che comprendono una componente professionale e una manageriale, i cosiddetti ruoli "ibridi", fino a pochi anni fa, almeno in alcuni studi, risultavano giudicati al di sotto delle aspettative, all'interno di alcuni sistemi sanitari come quello italiano (Sartirana et al. 2014); essi, seppur introdotti da molto tempo all'interno delle aziende sanitarie (Llewellyn 2001, Sartirana et al. 2014), potrebbero aver subito ulteriori mutamenti per far fronte alle dimensioni attuali.

L'importanza di analizzare il MM deriva dal fatto che sono soprattutto i ruoli intermedi e responsabili dell'implementazione del cambiamento organizzativo, anche in ambito sanitario (Hewison e Griffiths 2004) e, per tale motivo, sono le figure principalmente interessate in termini di conseguenze del cambiamento (Hutchinson e Purcell 2010).

Tra i fattori che possono incidere negativamente su tali ruoli possono essere annoverati quelli relativi alla dimensione *job demands* (che fa riferimento tra gli altri a elementi quali sovraccarico di lavoro, restrizioni organizzative, conflitti casa-lavoro, conflitti interpersonali); tra quelli invece in grado di incidere positivamente ricordiamo i fattori relativi alla dimensione *job resources* (che riguarda aspetti quali opportunità per l'utilizzo delle proprie capacità, supporto dei colleghi, gratificazione economica, opportunità di carriera, coesione del team, autonomia nel realizzare i propri obiettivi), questi ultimi considerati "risorse" che i MM potrebbero utilizzare per far fronte a situazioni di pressione conseguenti a cambiamenti (Demerouti et al. 2001). Anche alcuni caratteri dell'organizzazione sembrano comunque in grado di supportare il MM nei periodi che seguono alle riforme perché sono ritenuti in grado di sviluppare una positiva attitudine verso il cambiamento. Tra questi la percezione di un supporto sociale (inteso come relazioni positive e supporto da parte dei colleghi) e organizzativo (autonomia nel raggiungimento degli obiettivi, flessibilità nell'organizzazione del tempo, basso grado di conflitto) (Giauque 2015).

Questo studio si basa sull'assunto che le caratteristiche del lavoro, più che quelle individuali, siano in grado di spiegare la modalità con cui il MM riesce a far fronte ai propri obiettivi, in contesti organizzativi che stanno subendo cambiamenti profondi come quelli determinati dalle fusioni, elemento che accomuna le organizzazioni che sono oggetto del presente studio. La conoscenza di tali elementi consente al vertice aziendale di assicurare adeguate condizioni ai MM per permettere loro di rispondere in maniera appropriata alle richieste (Giauque 2016).

L'obiettivo generale della presente ricerca è quello di verificare come le aziende sanitarie abbiano fatto fronte alla maggiore complessità derivante dai processi di fusione, con particolare attenzione alle modalità con cui il vertice ha

riconfigurato gli assetti e i meccanismi di governo aziendale in risposta agli obiettivi regionali (sia intervenendo sul ruolo del vertice sia per mezzo di modifiche alle strutture organizzative) e alle modalità di risposta del MM in termini di modifiche di ruolo e di adattamento alle nuove configurazioni scelte dagli organi di governo.

Per raggiungere tale obiettivo, la ricerca parte dallo studio delle modalità con cui i vertici aziendali hanno implementato il cambiamento. Infatti, per quanto le motivazioni alla base dei processi di fusione dichiarate dalle regioni siano simili (tra le quali le più significative riguardano l'omogeneizzazione dei servizi e la razionalizzazione delle risorse), ogni regione ha poi implementato il cambiamento in maniera diversa, soprattutto intervenendo sugli assetti organizzativi. Gli assetti organizzativi nelle aziende pubbliche sono infatti variabili esogene, frutto di decisioni di sistema al fine di garantire assetti omogenei su tutto il territorio regionale. Al vertice rimane comunque un certo margine di scelta su come intervenire su tali assetti organizzativi in funzione delle proprie esigenze di governo aziendale. Queste differenze non sono però ancora state verificate in conseguenza dei processi di fusione che hanno caratterizzato tali aziende. Non è inoltre stato verificato quali siano le scelte assunte dagli organi di governo per far fronte all'aumento di complessità che in alcuni casi è stato rilevante e come tali scelte si riflettano sul ruolo del MM. Le diverse modalità di intervento del vertice, infatti, possono aver avuto ripercussioni diverse sul ruolo del MM inserito nelle aziende.

Al fine di perseguire l'obiettivo generale sopra descritto il lavoro è stato articolato in una serie di step che mirano a raggiungere obiettivi più specifici volti a indagare i seguenti elementi:

- il cambiamento realizzato a livello di vertice aziendale in seguito all'aumento dimensionale e le ripercussioni sul ruolo del direttore generale (DG) e sulla struttura del *top management*;
- le modifiche intervenute nelle strutture aziendali a seguito del processo di fusione;
- i meccanismi operativi e la distribuzione del potere all'interno delle aziende;
- la verifica delle percezioni del MM rispetto al proprio ruolo manageriale a seguito della fusione, sia in termini di difficoltà nel gestire il proprio ruolo (nell'intento di capire se i ruoli di MM siano ancora sostenibili in termini di pressione percepita sul ruolo e gestibilità della pressione rispetto al ruolo) sia in termini di caratteristiche del lavoro;
- le conseguenze che ha comportato l'aumento della complessità aziendale determinato dalle fusioni sui ruoli di vertice (in termini di governo dell'azienda) e di MM (in termini di riconoscimento, gratificazione, soddisfazione).

Nel presente studio, per il raggiungimento degli obiettivi della ricerca, è stato fatto ricorso a metodologie diverse (analisi documentale, metodologie qualitative e quantitative). Per rendere chiaro il disegno dello studio e il razionale d'utilizzo di tali metodologie, di seguito sono brevemente descritti gli step della ricerca e le metodologie utilizzate in ciascuno di essi.

Il lavoro ha coinvolto tre aziende sanitarie – i casi oggetto di studio – interessate da un recente processo di fusione a cui è conseguito un notevole aumento delle dimensioni e della complessità. L'analisi dei casi si presenta particolarmente adatta a indagare la complessità delle aziende sanitarie (Eisenhardt 1989, Yin 1999).

In una prima fase della ricerca è stato condotto un Focus Group (FG), che ha coinvolto il gruppo di ricerca e un gruppo di DG aderenti a FIASO, i cui obiettivi principali sono stati la definizione del disegno di studio, l'individuazione dei casi oggetto di studio e la scelta del caso pilota al fine di mettere a punto i diversi strumenti di ricerca. Nell'ambito di tale FG sono inoltre stati scelti altri due casi da analizzare, che avevano caratteristiche simili dal punto di vista della dimensione aziendale e di ampiezza di ambito di popolazione servita. La scelta è ricaduta su aziende che coprivano un'area capoluogo di regione o sub-regionale e che, per effetto dei processi di fusione, avevano assunto dimensioni molto rilevanti rispetto agli standard del panorama nazionale. La Tabella 1.1 riassume gli obiettivi e la metodologia di ricerca utilizzata per ogni obiettivo.

**Tabella 1.1 – Sintesi degli obiettivi di ricerca e della metodologia utilizzata**

Obiettivo generale	Obiettivo specifico	Metodologia
Definizione dei contesti di riferimento delle aziende	- Descrizione dei casi oggetto della ricerca	- Analisi documentale della normativa regionale e aziendale
Verifica dei cambiamenti nelle strutture organizzative	- Individuazione delle caratteristiche della macro struttura organizzativa	- Analisi documentale della normativa regionale e aziendale - Interviste ai DG
	- Individuazione delle caratteristiche della micro struttura	- Analisi documentale della documentazione aziendale - Interviste ai DG e MM
	- Analisi dei meccanismi operativi e della distribuzione del potere all'interno dell'organigramma	- Analisi documentale della documentazione aziendale - Interviste ai DG e MM
	- Cambiamento in termini di distribuzione di potere all'interno del vertice	- Interviste ai DG
Descrizione dei cambiamenti di ruolo del vertice aziendale e dei MM di fronte alla complessità	- Cambiamento del ruolo del DG	- Interviste ai DG
	- Cambiamento del ruolo dei MM	- Interviste ai MM - Questionario ai MM

Come evidenziato in Tabella 1.1, in primo luogo è stata condotta un'analisi documentale della normativa regionale delle tre aziende con il fine di verificare il contesto istituzionale delle stesse.

Parallelamente è stata effettuata un'analisi della letteratura al fine di redigere il protocollo di intervista per le interviste semi-strutturate.

In una fase successiva sono state verificate, attraverso un'analisi documentale, le modificazioni intervenute nelle strutture organizzative delle aziende.

I risultati emersi sono stati poi integrati a seguito di interviste semi-strutturate ai DG delle aziende interessate. Successivamente anche i MM del caso scelto come "caso pilota" sono stati destinatari di interviste semi-strutturate allo scopo di valutare le loro percezioni in merito al cambiamento in atto.

I risultati delle prime interviste effettuate sul caso pilota sono stati discussi in un secondo FG che ha permesso di confermare i protocolli di intervista e di scegliere le modalità di individuazione delle figure di MM da intervistare anche nelle altre aziende.

Nella fase successiva sono quindi state effettuate le interviste ai MM delle altre due aziende e sono state integrate ulteriori interviste al "caso pilota".

I risultati emersi nell'analisi qualitativa hanno rappresentato la base per la costruzione, da parte del gruppo di ricerca, di un questionario volto a indagare i temi d'interesse su un campione più ampio di MM. Parallelamente, una revisione della letteratura ha condotto all'individuazione di uno strumento di indagine, somministrato all'interno del sistema sanitario inglese, che aveva obiettivi di ricerca simili (Buchanan et al. 2013) e che ha costituito la seconda parte del questionario.

La somministrazione del questionario è stata effettuata da una società esterna che ne ha curato l'informatizzazione e ha restituito un database con le risposte, in forma anonima, sul quale il gruppo di ricerca ha effettuato l'analisi e l'elaborazione dei dati.

Il lavoro si sviluppa come segue.

Nel secondo capitolo vengono analizzati la letteratura di riferimento che ha costituito la base per costruire gli obiettivi di ricerca, il protocollo per le interviste semi-strutturate a DG e MM e una parte del questionario rivolto ai MM. In particolare, vengono riportati i principali risultati emersi in letteratura riguardo ai ruoli manageriali, con specifico riferimento alle peculiarità che essi assumono all'interno delle aziende sanitarie. È inoltre sintetizzata la letteratura riferibile al ruolo del vertice dell'azienda sanitaria di fronte all'aumento della complessità e alle peculiarità che assume il ruolo del MM in aziende sanitarie più grandi.

Il terzo capitolo è dedicato all'analisi qualitativa. Nella prima parte sono presentati i risultati emersi dall'analisi documentale condotta sulla normativa regionale e aziendale, in termini di analisi del contesto aziendale e dei cambiamenti nella macro- e micro-struttura organizzativa. Nella seconda parte sono

riportati i risultati delle interviste semi-strutturate relative alle percezioni dei MM rispetto a tali cambiamenti; infine sono illustrate le conclusioni dell'analisi delle interviste condotte sui DG, che hanno consentito di individuare i cambiamenti in termini di area di governance su cui i DG si sono focalizzati in risposta all'aumento della complessità, e sono mostrati i risultati delle scelte effettuate sulla struttura organizzativa relativamente alla distribuzione di potere all'interno del vertice e nei livelli intermedi.

Il quarto capitolo è focalizzato sull'analisi quantitativa ed è articolato in due parti; nella prima è descritta la metodologia e vengono presentate la struttura del questionario e le fasi di somministrazione dello stesso; nella seconda sono sintetizzati i risultati emersi dall'analisi del questionario, prima in maniera aggregata, riguardo a tutte le aziende oggetto dello studio, poi in maniera disaggregata presentando i risultati per singolo caso aziendale.

Il lavoro si conclude con una discussione dei risultati raggiunti.

## Bibliografia

- Ashburner L., 2003. «The Impact of New Governance Structures in the NHS», in Cornforth C., *The Governance of Public and Non-Profit Organisations. What Do Boards Do?*, London, Routledge, pp. 207-220.
- Belasen A. T., Belasen A. R., 2016. «Value in the Middle: Cultivating Middle Managers in Healthcare Organizations», *Journal of Management Development*, 35(9), pp. 1149-1162.
- Buchanan D. A., Denyer D., Jaina J., Kelliher C., Moore C., Parry E., Pilbeam C. J., 2013. «How Do They Manage? A Qualitative Study of the Realities of Middle and Front-line Management Work in Healthcare», *Health Services and Delivery Research*, 1(4), pp. 1-248.
- Chambers N., Smith J., Proudlove N., Thorlby R., Kendrick H., Mannion R., 2019. «Roles and Behaviours of Diligent and Dynamic Healthcare Boards», *Health Services Management Research*, 33(2), pp. 96-108.
- Collis D. J., Montgomery C. A., Invernizzi G., Molteni M., 2012. *Corporate Level Strategy: Generare Valore Condiviso nelle Imprese Multibusiness*, Milano, McGraw-Hill.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A., 2017. «Nuovi Modelli Organizzativi e Sviluppo del Middle Management nelle Aziende Sanitarie», in CERGAS – Bocconi, *Rapporto Oasi 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Egea, Milano.
- Del Vecchio M., Romiti A., 2017. «Prospettive di Sviluppo per la Governance delle Aziende Sanitarie», in Del Vecchio M., Pinelli N., Ripa di Meana F., Romiti A., Tanese A., *Aziende e Management per il Futuro del SSN*, Roma, KOS Comunicazione e Servizi s.r.l., pp. 45-68.
- Demerouti E., Bakker A. B., Nachreiner F., Schaufeli W. B., 2001. «The Job Demands-Resources Model of Burnout», *Journal of Applied Psychology*, 86(3), pp. 499-512.
- Eisenhardt K. M., 1989. «Building Theories from Case Study Research», *The Academy of Management Review*, 14(4), pp. 532-550.
- Giauque D., 2015. «Attitudes Toward Organizational Change Among Public Middle Managers», *Public Personnel Management*, 44(1), pp. 70-98.
- Giauque D., 2016. «Stress Among Public Middle Managers Dealing with Reforms», *Journal of Health Organization and Management*, 30(8), pp. 1259-1283.

- Hewison A., Griffiths M., 2004. «Leadership Development in Health Care: A Word of Caution», *Journal of Health Organization and Management*, 18(6), pp. 464-473.
- Hutchinson S., Purcell J., 2010. «Managing Ward Managers for Roles in HRM in the NHS: Overworked and Under-Resourced», *Human Resource Management Journal*, 20(4), pp. 357-374.
- Kelliher C., Parry E., 2015. «Change in Healthcare: The Impact on NHS Managers», *Journal of Organizational Change Management*, 28(4), pp. 591-602.
- Kirpal S., 2004. «Work Identities of Nurses: Between Caring and Efficiency Demands», *Career Development International*, 9(3), pp. 274-304.
- Lee S. Y. D., Alexander J. A., Wang V., Margolin F. S., Combes J. R., 2008. «An Empirical Taxonomy of Hospital Governing Board Roles», *Health Services Research*, 43(4), pp. 1223-1243.
- Llewellyn S., 2001. «Two-Way Windows’: Clinicians as Medical Managers», *Organization Studies*, 22(4), pp. 593-623.
- Mintzberg H., 2012. «Managing the Myths of Health Care», *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, 48(3), pp. 4-7.
- Preston D., Loan-Clarke J., 2000. «The NHS Manager: A View from the Bridge», *Journal of Management in Medicine*, 14(2), pp. 100-108.
- Rajan R. G., Wulf J., 2006. «The Flattening Firm: Evidence from Panel Data on the Changing Nature of Corporate Hierarchies», *The Review of Economics and Statistics*, 88(4), pp. 759-773.
- Sartirana M., Prenestini A., Lega F., 2014. «Medical Management: Hostage to Its Own History? The Case of Italian Clinical Directors», *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), pp. 417-429.
- Steane P., Dufour Y., Gates D., 2015. «Assessing Impediments to NPM Change», *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), pp. 263-270.
- Teo S. T., Pick D., Xerri M., Newton C. J., 2016. «Person–Organization Fit and Public Service Motivation in the Context of Change», *Public Management Review*, 18(5), pp.740-762.
- Yin R. K., 1999. «Enhancing the Quality of Case Studies in Health Services Research», *Health Services Research*, 34(5 Pt. 2), pp. 1209-1224.

# Capitolo 2. I ruoli di vertice e di *middle management* in sanità

di Anna Romiti e Mario Del Vecchio<sup>1</sup>

## 2.1 Ruoli manageriali e aziende sanitarie

### 2.1.1 Le caratteristiche dei ruoli ibridi

Un elemento che contraddistingue le organizzazioni professionali (burocrazie professionali) è l'ampio grado di controllo e di autonomia di cui godono i professionisti all'interno delle aziende (Mintzberg 1979). Questa peculiarità ha effetti importanti sul ruolo del vertice e sulla modalità con cui è esercitato il governo aziendale. In queste aziende la possibilità di influenzare le decisioni aziendali da parte del vertice e di altri decisori (per esempio politici) è più limitata che in altre organizzazioni (Ham 2003). Anche i processi di cambiamento richiedono frequentemente il coinvolgimento dei professionisti e meccanismi decisionali di natura collegiale.

La presenza dei professionisti condiziona sia la strutturazione sia i contenuti dei processi decisionali. La strutturazione, ovvero le modalità con le quali le decisioni si formano e vengono assunte in azienda, deve tenere conto dei gradi di autonomia dei professionisti. Ampio spazio deve essere lasciato ai processi di governo che partono dal basso come per esempio, per usare la stessa terminologia di Mintzberg (1985), la valorizzazione del punto di vista dei professionisti nella definizione delle strategie deliberate o un ruolo più intenso svolto dalle strategie emergenti. Nella sostanza, i contenuti delle decisioni sono spesso influenzati in maniera decisiva da informazioni e valutazioni di natura tecnico-professionale e non strettamente manageriale. Sono, infatti, i professionisti che, in via quasi esclusiva, da una parte, detengono le informazioni e le relazioni

---

<sup>1</sup> Il capitolo pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori può essere attribuito a: Mario Del Vecchio per i paragrafi 2.1.1, 2.2.2; Anna Romiti per i paragrafi 2.1.2, 2.2.1, 2.3.1, 2.3.2.

chiave con parti fondamentali dell'ambiente come i bisogni e la domanda e, dall'altra, dominano i saperi alla base dei processi produttivi.

Tutto ciò trova un'efficace sintesi nella locuzione *distributed management* che lo stesso Mintzberg (2012) usa per descrivere in ambito sanitario la collaborazione tra un livello intermedio, quasi sempre di matrice professionale, e un vertice aziendale che, considerate dimensioni e complessità delle organizzazioni sanitarie, è necessariamente managerializzato. Basti pensare alle decisioni che riguardano un ospedale e a come ciò coinvolga non solo aspetti di natura finanziaria o tecnica, ma anche decisioni attinenti alla struttura operativa stessa, che richiedono una forte collaborazione tra professionisti e *management* (Mintzberg 2012). Da questo punto di vista la letteratura è concorde nell'indicare nella collaborazione tra la *leadership* clinica e quella manageriale un requisito indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi nelle organizzazioni sanitarie (Grol 1997).

Il particolare ruolo assunto dai professionisti nella vita delle aziende sanitarie pone in primo piano il tema dei cosiddetti *ruoli ibridi*, prevalentemente collocati in un'ampia, e spesso indefinita, area che collega il vertice strategico con i nuclei operativi. Come sottolineano Burgess e Currie (2013), alcuni tratti della funzione centrale di snodo strategico che i *middle level manager* (MM) esercitano nella maggior parte dei contesti aziendali risultano drammaticamente amplificati quando a esercitare quel ruolo sono i professionisti stessi come espressione del nucleo operativo. In questo caso, il ruolo diventa ibrido: ciò significa che la persona che ricopre un ruolo organizzativo è qualificata e pratica anche una professione. Nei ruoli ibridi si incontrano quindi, con equilibri e risultati molto variegati, due mondi diversi: quello della pratica clinica, e professionale in genere, e quello del *management*.

In questa prospettiva, il *new public management* a livello globale e l'aziendalizzazione nel contesto italiano hanno definitivamente rotto la tradizionale membrana che separava la clinica dalla gestione e che portava i leader professionali a considerare l'organizzazione nella quale operavano come una semplice piattaforma operativa a disposizione della pratica professionale e delle sue priorità. La presenza di persone e ruoli che attraversano i confini e che fanno pienamente parte del mondo clinico e di quello manageriale ha finito per cambiare i contenuti stessi del *management* nelle organizzazioni sanitarie. Se in passato il *management* nella sanità era esclusivamente impegnato a rendere il più compatibile, o il meno divergente possibile, la clinica con i vincoli economici, nel tempo la razionalità economica e organizzativa è diventata il terreno nel quale le pratiche cliniche sono chiamate a confrontarsi e svilupparsi. In questo mutato contesto, la soluzione dei ruoli ibridi e i professionisti che li ricoprono sono, almeno in teoria, più qualificati di altri nell'operare una sintesi necessaria. Si è assistito così al diretto impegno manageriale da parte delle *leadership* professionali, non

senza il sorgere, comunque, di tensioni all'interno degli stessi mondi di riferimento da parte di chi rimaneva esclusivamente sui ruoli professionali e vedeva in tal modo limitata, questa volta da colleghi, la propria piena autonomia.

È necessario sottolineare come l'ibridismo, quando è riferito a un ruolo, rimanga un concetto di difficile definizione e che, come quello di *middle management*, rimandi a un insieme molto vasto di fattispecie specifiche. I ruoli possono, infatti, essere ibridi in molte maniere e gradazioni diverse, dipendendo, in parte, dal disegno istituzionale e organizzativo e, in parte, da chi e da come sono concretamente interpretati. Uno schema molto semplificato può aiutare a comprendere l'ampiezza del *continuum* che si estende tra un "professionista puro" e un "manager puro".

**Figura 2.1 – I ruoli ibridi**



Fonte: elaborazione degli autori

La Figura 2.1 mostra una prima dimensione relativa alla contendibilità della posizione ovvero se i requisiti richiesti per occuparla rimandino o no a una specifica qualificazione di natura tecnico-professionale. Si tratta prevalentemente di qualificazioni di natura sanitaria (medico, infermiere, farmacista ecc.), ma possono anche essere riferite a professioni diverse come, per esempio, ingegnere o avvocato oppure richiedere particolari certificazioni come le iscrizioni ad albi.

La Figura 2.1 mostra anche una seconda dimensione, che attiene al mix di attività professionali e manageriali che caratterizzano la singola posizione analizzata. In questo caso la collocazione nelle posizioni intermedie nell'asse tra chi è completamente dedito alla professione e chi anche al *management* è meno univocamente determinabile. Posizionamenti diversi potrebbero conseguire dal considerare la ripartizione attesa o ideale del tempo tra i diversi compiti (per esempio in molte metodologie di calcolo del fabbisogno di personale medico

l'apporto alle attività cliniche del responsabile di unità operative (UO) è considerato pari al 50% del tempo) o la ripartizione individuale effettiva (comunque calcolata). Un'ulteriore complessità deriva dalla scansione temporale considerata e da come le due attività (professionale e manageriale) coesistono e si alternano. Posto che lo stesso confine è spesso incerto, con un'ampia zona grigia rappresentata dalla supervisione professionale (Delmestri e Walgenbach 2005), è evidentemente diversa una situazione in cui le attività si compenetrano e risultano difficilmente separabili da una in cui gli spazi temporali e fisici sono ben differenziati. Si può arrivare perfino alla situazione in cui al professionista è chiesto per tutto il periodo dell'incarico manageriale di non esercitare una responsabilità diretta nell'erogazione dei servizi, come per esempio avviene in UK per alcune posizioni (Buchanan et al. 2013). In sintesi, come sarà più avanti ripreso, se la natura ibrida connota in certe direzioni i ruoli manageriali e le modalità con cui essi sono interpretati (doppia appartenenza, conflitto sulle priorità ecc.), possono variare significativamente le combinazioni e l'intensità con cui i diversi elementi si manifestano.

Collocazione, natura e importanza dei ruoli ibridi nel sistema sanitario italiano saranno discussi nel paragrafo dedicato ai ruoli di MM all'interno di questo capitolo. Anticipiamo comunque fin da ora la vasta diffusione che in Italia hanno i ruoli ibridi come risultato del tradizionale peso, anche quantitativo, esercitato dalla componente professionale (medica in particolare) e di un processo di managerializzazione che, fino a tempi recenti, ha poco toccato assetti organizzativi fortemente ancorati a discipline e professioni. Anche nelle posizioni di *top management*, ruoli manageriali contendibili, la presenza di professionisti è, comunque, di tutto rilievo (Fattore et al. 2013).

### 2.1.2 I contenuti del management in sanità

Al fine di indagare i contenuti del ruolo manageriale in ambito sanitario, sia a livello di vertice sia a livello di MM, oggetto della prima parte della ricerca, è stato utilizzato il modello di Mintzberg (1973) sui ruoli manageriali. Il modello, sebbene datato, mantiene intatta la sua capacità interpretativa e rimane utile per analizzare le dimensioni del ruolo manageriale, come confermato dallo stesso autore (De Holan e Mintzberg 2004) e dimostrato dalle numerose applicazioni da parte di altri studiosi anche in tempi più recenti (Tengblad 2006, Korica et al. 2017, Porter e Nohria 2018).

In ambito sanitario, questo modello è stato preso a riferimento sia quando si è trattato di indagare il ruolo del *top management* (Lega et al. 2019) sia quello del MM (Llewellyn 2001). In quest'ultimo caso, l'autore sottolinea come, attraverso un esercizio pieno di tutte e tre le componenti manageriali identificate da Mintzberg (1973), i responsabili clinici siano riusciti a esercitare un effettivo

controllo sulle aree aziendali di loro pertinenza. Un ruolo centrale nell'espansione dell'influenza dei professionisti è attribuito alle competenze cliniche che, in questo caso, sono una base indispensabile per l'esercizio della funzione manageriale. In questa prospettiva, l'ibridismo del ruolo non è tanto il frutto di un vincolo normativo o l'esito di una "tradizione organizzativa", ma rappresenta una condizione per l'efficacia dell'azione manageriale. In altri termini, anche se il *management* e le sue pratiche possono avere come origine e riferimento il mondo delle imprese in settori molto diversi dalla sanità, la loro applicazione in quest'ultimo settore necessita, secondo l'autore, di una solida e riconosciuta base professionale.

Al fine di analizzare cosa effettivamente facciano i manager in azienda, Mintzberg (1973) propone di articolare il lavoro manageriale in dieci componenti. Di queste, quattro sono riferibili al cosiddetto "ruolo decisionale" (ruolo imprenditoriale, gestione di imprevisti, allocazione di risorse, negoziazione), tre sono relative ad aspetti relazionali (leader, *liaison*, rappresentanza) e tre riguardano la dimensione informativa (monitoraggio, disseminazione, *spokesperson*). Secondo lo stesso autore, a seconda della tipologia di manager, l'importanza delle diverse componenti può variare.

Il ruolo decisionale si articola in quattro componenti che sono di seguito brevemente analizzate:

- componente *imprenditoriale*: è relativa all'avvio e alla pianificazione del cambiamento che il manager è chiamato a promuovere e gestire, sfruttando tutte le opportunità che si presentano; il cambiamento può essere rivolto sia all'esterno (nuovi mercati, nuovi prodotti) sia all'interno (meccanismi, struttura organizzativa);
- componente *gestionale*: fa riferimento soprattutto alla gestione delle contingenze e prevede che il manager faccia fronte a urgenze ed eventi imprevisti, ai quali deve essere data la massima priorità; ciò comporta un'assunzione di ampia responsabilità e il coerente esercizio di un'autonomia;
- componente *allocativa*: è l'attività manageriale di allocazione delle risorse all'interno dell'organizzazione (per esempio attraverso l'autorizzazione delle decisioni dei subordinati, la predisposizione del budget ecc.); mediante questa funzione il manager agisce anche per coordinare e integrare le azioni dei subordinati;
- componente *negoziale*: il manager è impegnato a vari livelli nelle transazioni che caratterizzano l'attività delle aziende sia nei confronti di soggetti interni (lavoratori) sia esterni (clienti, fornitori).

Quello legato alle decisioni è forse l'aspetto più immediatamente associabile al lavoro manageriale e, in parte, anche alla sua gerarchizzazione: i manager collocati ai vertici dovrebbero essere coloro i quali assumono le decisioni più critiche per la vita dell'azienda (Vallini 1990, Fazzi 1982). In realtà, nelle aziende professionali, e in quelle sanitarie in particolare, la funzione strategica non è univocamente collegata ai livelli più elevati della scala gerarchica. Decisioni strategiche quali, per esempio, i bisogni da soddisfare, le priorità da perseguire o le tecnologie da utilizzare sono spesso assunte dai professionisti attraverso decisioni solo apparentemente di natura tecnico-operativa. In questa prospettiva, il MM ibrido gioca un ruolo fondamentale poiché detiene risorse particolarmente critiche quali, da una parte, le competenze specifiche e le informazioni necessarie e, dall'altra, la possibilità di influenzare i comportamenti dell'insieme dei professionisti (Wooldridge et al. 2008). La strategia, in questo caso, è un ambito molto distante dal tradizionale e stereotipato processo *top-down*, ma è guidata e costruita dai professionisti e dalle loro competenze (Mintzberg 2012). Il MM diventa così uno *strategic middle management* che contribuisce alla costruzione della strategia di concerto con il *top management* (Pappas et al. 2004, Shi et al. 2009).

Un ulteriore ruolo critico proprio del MM in ambito sanitario è quello legato ai processi di programmazione e controllo, che si concretizza in molte aziende con la responsabilizzazione che è assegnata al MM nel ciclo di budget annuale (Del Vecchio et al. 2017). In questa occasione, oltre alla componente allocativa, si sostanzia anche quella negoziale, la quale è una fase tipica del processo di budget in molte aziende sanitarie. Tale processo avviene con modalità molto diversificate tra aziende, ma in ogni ognuna di esse è prevista una componente negoziale. I contenuti della negoziazione dipendono, in parte, dal decentramento del potere e, in parte, dallo stile di *leadership* (autoritario o condiviso) presenti nelle aziende (Furnari et al. 2019).

Il ruolo relazionale (*interpersonal role*) secondo il modello qui assunto può essere ricondotto a tre componenti, come evidenziato di seguito:

- componente di *leadership*: attiene al ruolo di guida che il manager deve esercitare verso i collaboratori cercando di motivarli e di creare le condizioni favorevoli al loro lavoro; rientrano in questo ruolo di guida anche la valutazione e la gestione delle carriere: dalla banale osservazione che le aziende sono fatte di persone discende la conseguenza che gestire le aziende vuol dire orientare il comportamento umano e che il tema della *leadership* pervade tutte le attività di tipo manageriale;
- componente di *liaison*: le aziende, per funzionare, hanno bisogno di assicurarsi un adeguato scambio di informazioni con l'ambiente o, in una diversa prospettiva, il mantenimento di una robusta rete di relazioni; il *management* svolge, in tal senso, un ruolo fondamentale, assicurando la

creazione e il mantenimento di relazioni con singoli individui e gruppi che sono collocati fuori dall'organizzazione e che sono altrettanto interessati ad acquisire e scambiare informazioni e tessere alleanze; l'insieme di tali attività manageriali non supporta solo il governo strategico, ma è spesso usato per mantenere le routine dei flussi di lavoro, che rappresentano la responsabilità tipica del MM;

- componente di *rappresentanza*: concerne la responsabilità di impersonare e rappresentare l'azienda nei confronti dell'ambiente esterno sia formalmente e legalmente (tutto ciò che è legato all'assunzione di impegni con valore giuridico) sia rispetto a elementi di natura sociale (il dialogo con l'ambiente in generale come, per esempio, la partecipazione a eventi); la rappresentanza è legata alla posizione formale che possiede il manager, che può essere di vertice (rappresenta tutta l'organizzazione) o di MM (in questo caso rappresenta il proprio gruppo di lavoro ai livelli più alti).

In ambito sanitario, la componente relazionale è una delle principali attività del vertice aziendale e si concretizza nella costruzione delle relazioni e nella loro alimentazione e crescita (Lega et al. 2019). Centrale è la costruzione della squadra di governo che si compone, oltre che del direttore generale (DG), del direttore sanitario (DS) e del direttore amministrativo (DA), di altri soggetti ritenuti rilevanti per lo svolgimento dell'attività del vertice. La componente di *leadership*, in questo caso, ha come riferimento principale la relazione con i professionisti e il loro coinvolgimento nella formulazione e realizzazione delle strategie. Secondo Mintzberg (2012), la definizione di *leadership* in ambito sanitario non può prescindere dalla peculiarità che contraddistingue le organizzazioni professionali, ovvero l'ampio potere che detengono i professionisti e i MM che ne sono espressione. Secondo lo stesso autore, che guarda al caso degli ospedali, i professionisti rispondono più alle gerarchie professionali di natura informale che alle gerarchie aziendali, ovvero al sistema di ruoli formalmente definito per cui la mera collocazione gerarchica non è sufficiente per l'esercizio delle responsabilità manageriali. Inoltre, l'obiettivo che le aziende a tutti i livelli dell'organizzazione (dalla gestione di un singolo dipartimento a quella dell'intera azienda) devono raggiungere, ovvero la salute delle persone, richiede una *leadership* di natura particolare. Si richiede al *management* una gestione basata su pratiche di *leadership* condivise evitando approcci eccessivamente verticali. Si tratta di una vera e propria *shared leadership*, ovvero di quella *leadership* che si realizza quando sono presenti diverse condizioni: i leader condividono con gli altri membri aziendali gli obiettivi operativi e strategici lasciando loro un certo grado di autonomia, incoraggiano e supportano la condivisione dentro l'organizzazione e promuovono attività pianificate o spontanee di *team building* (Mintzberg 2012).

Sempre in ambito relazionale, l'altra componente ritenuta fondamentale, la *liaison*, si esplica in sanità nella capacità del vertice di creare buone relazioni tra clinici e non clinici e tra professionisti appartenenti a specialità diverse, così da facilitare soluzioni condivise.

Alcuni autori (Lega et. al 2019) affermano che se le relazioni con gli *stakeholder* interni all'azienda risultano prioritarie al fine di trasmettere e implementare le strategie aziendali, le relazioni con gli *stakeholder* esterni sono giudicate altrettanto strategiche. Tali autori sottolineano inoltre che, nel caso dei direttori generali, i principali interlocutori esterni ai quali dedicano gran parte del proprio tempo, per l'importante ruolo che essi assumono per il governo dell'azienda, sono quelli legati al territorio (sindaci, associazioni di pazienti ecc.), le organizzazioni sindacali, i media. Sempre gli stessi autori riferiscono che, per quanto riguarda la *componente di rappresentanza* del ruolo relazionale, i DG preferiscono delegare al MM le relazioni che permettono di costruire alleanze con gli *stakeholder* (per esempio riunioni ed eventi) e le attività dove la gestione della relazione richieda competenze specifiche (per esempio l'*Health Technology Assessment*, in altri termini la valutazione delle tecnologie sanitarie). Bisogna infine considerare il ruolo informativo connesso all'impegno manageriale, articolabile in tre componenti:

- componente di *monitoraggio*: consiste nella ricerca di informazioni utilizzando una larga varietà di fonti e si concretizza nella lettura di report e documenti, nella partecipazione a riunioni e nell'osservazione diretta della realtà; tale ricerca è perlopiù focalizzata sullo studio di eventuali problemi e opportunità, attraverso un'adeguata comprensione degli eventi esterni e dei processi interni;
- componente di *disseminazione*: si sostanzia nel trasferimento e nella circolazione delle informazioni acquisite e delle visioni elaborate al fine di condividere e modellare le premesse per l'azione di individui e gruppi in azienda;
- componente di *portavoce (spokesperson)*: è il ruolo attraverso il quale le informazioni riguardanti l'azienda sono veicolate anche all'esterno dell'organizzazione, contribuendo a definirne l'immagine.

L'importanza della gestione delle informazioni nel contesto delle aziende sanitarie non può essere sottovalutata, così come non può essere sottovalutato il ruolo dei MM ibridi come gestori e arbitri di parti rilevanti dei flussi complessivi di informazioni. In primo luogo, le informazioni sono una componente fondamentale dei processi produttivi aziendali di natura clinica e dei risultati complessivi del sistema in termini di salute (Colao et al. 2018). Si tratta in parte delle informazioni sul paziente, ma anche e soprattutto di quelle rese disponibili sui possibili processi di cura.

In questa prospettiva, le informazioni, prevalentemente detenute dalle *leadership* cliniche, e la loro interpretazione sono in grado, come già sottolineato, di orientare e spesso definire la strategia aziendale a partire dalle scelte sui processi di cura. Oltre a gestire le informazioni di natura clinica e professionale, i manager in sanità hanno anche informazioni uniche (poco rilevabili dai processi aziendali) sul concreto funzionamento delle unità operative. Tutto ciò spiega come alcuni autori vedano nel MM in ambito sanitario il protagonista dell'importante ruolo del *synthesizing information* (Floyd e Wooldridge 1992), ovvero il ruolo di chi interpreta le informazioni e le canalizza verso l'alto. Secondo questa prospettiva, il ruolo informativo del MM può diventare la principale base di decisione da parte del vertice (Currie e Procter 2005).

Le informazioni sono anche una componente importante del dialogo che le aziende sanitarie, e quelle pubbliche in particolare, intrattengono con la collettività, come testimoniato, tra l'altro, dalla rilevanza che le notizie sulle aziende sanitarie assumono sui media locali (Del Vecchio e Rappini 2010). Da questo punto di vista, i leader clinici hanno un ruolo chiave nel costruire, in positivo, l'immagine dell'azienda, ma sono anche in grado di esercitare un potere di interdizione rispetto alle scelte dei vertici aziendali nel caso in cui non le condividano.

Volendo tentare una conclusione su questa prima parte di approfondimento, il ruolo manageriale nell'ambito delle aziende sanitarie è stato oggetto di ricerca da parte di molti autori che hanno sviluppato diverse analisi sul tema. Sulla base di alcuni studi, i fattori che hanno principalmente condizionato lo sviluppo di ruoli manageriali, anche in ambito clinico, sono stati ricondotti a tre elementi principali: la natura e il processo delle riforme di *public management*, la *governance* dell'azienda e la natura delle relazioni con i professionisti (Kirkpatrick et al. 2012).

Sulla base di questa prospettiva, riguardo al primo aspetto, l'impatto sul ruolo dipenderà molto dagli obiettivi delle riforme e da quanto gli *stakeholder* sono coinvolti nell'implementazione delle stesse.

Sul secondo aspetto, la tipologia di ruoli manageriali dipenderà dal tipo di sistema che può essere più o meno soggetto al controllo pubblico o, al contrario, avere una più spiccata autonomia.

Infine, anche la natura delle relazioni con i professionisti determina lo sviluppo dei ruoli: vi sono infatti differenze significative tra i vari Paesi riguardo al peso più o meno determinante della componente medica sulle decisioni gestionali.

Guardando specificamente al nostro Paese, tre sono gli elementi che sono stati considerati tra quelli che incidono maggiormente sull'evoluzione del ruolo manageriale in sanità (Lega et al. 2019): la natura dell'azienda (ospedaliera vs sanitaria), il contesto regionale in cui l'azienda opera (stabile vs dinamico), il

contesto aziendale (più o meno complesso dal punto di vista dimensionale anche per effetto di fusioni).

Proprio su quest'ultimo punto vale la pena soffermarsi poiché, a parità di condizioni nazionali (*timing* delle riforme) all'interno di aziende simili (sanitarie), il contesto aziendale che è oggetto di fusioni rappresenta un terreno interessante da esplorare perché in grado di modificare la complessità dei ruoli sia a livello di vertice aziendale sia di MM.

## 2.2 Il ruolo del vertice aziendale di fronte alla complessità

### 2.2.1 Definizioni, ruoli e funzioni

Negli ultimi anni, a seguito delle riforme che hanno interessato i sistemi sanitari dei Paesi dell'OECD, molte aziende sanitarie sono state oggetto di processi di fusione (Bazzoli et al. 2002, Fulop et al. 2002, Fulop et al. 2005, Postma e Roos 2016). Tali processi determinano un aumento, in alcuni casi anche importante, delle dimensioni delle aziende, cui esse possono far fronte intervenendo nella struttura organizzativa e/o nella riconfigurazione del vertice strategico.

Dal punto di vista della struttura organizzativa, per rispondere alla maggiore complessità determinata dall'aumento delle dimensioni aziendali, il vertice può intervenire prevalentemente in due modi. Una prima scelta può ricadere sull'aumento dello *span of control*, riducendo le catene di comando e determinando una centralizzazione funzionale. In questi casi l'inserimento di ruoli di staff può contribuire ulteriormente a rafforzare la centralizzazione e lo *span of control* del *top management* (Belasen e Belasen 2016, Rajan e Wulf 2006). Un'altra scelta, al contrario, può ricadere su un allungamento delle catene di comando attraverso il ricorso al decentramento e alla delega (Mintzberg 1996, Collis et al. 2012).

Al fine di analizzare il ruolo del vertice in ambito sanitario, un utile filone di letteratura, assumendo qui che il vertice sia essenzialmente riconducibile alla triade aziendale (DG, DS, DA), è quello che analizza il gruppo di soggetti dedicato al governo dell'azienda.

In questo paragrafo viene esplorata la letteratura che guarda alle scelte fatte dal vertice rispetto al proprio ruolo e alla struttura organizzativa che lo sorregge, con riguardo alla crescente complessità aziendale derivante da processi di fusione. A tal proposito, in letteratura viene sottolineato uno stretto legame tra le modificazioni nelle dimensioni dell'azienda e le trasformazioni nel ruolo e nelle modalità di funzionamento dei soggetti dedicati al governo aziendale (Menz 2012).

Un primo filone di letteratura riguarda la definizione e la composizione del vertice aziendale. Nella letteratura internazionale si fa spesso riferimento al

*Top Management Team* (TMT) come alla «coalizione dominante dell'organizzazione» (Hambrick e Mason 1984) coinvolta nelle decisioni strategiche. Il TMT è a volte anche identificato con il *CEO* (*Chief Executive Officer*, ovvero *Amministratore Delegato*) e con i soggetti che vi fanno direttamente riferimento (Carpenter et al. 2004).

Guardando alla letteratura italiana che analizza i ruoli apicali e in particolare assumendo la visione imprenditoriale dell'impresa, è considerato come vertice aziendale il gruppo di soggetti, persone fisiche e/o giuridiche, che rappresentano gli “attori chiave” espressione del potere dell'impresa. Tale gruppo, che in questa prospettiva è denominato “organo imprenditoriale”, esercita il governo dell'impresa ed è chiamato a svolgere tre funzioni essenziali e non decentrabili a livelli inferiori dell'impresa: strategica, organizzativa e politica (Fazzi 1982, Vallini 1990).

Sempre guardando al vertice in una prospettiva collettiva, ovvero come gruppo di soggetti, altri autori (Hambrick e Mason 1984) attribuiscono al TMT tre ruoli principali: imprenditoriale, sintetizzabile nella creazione del valore aziendale, amministrativo, volto alla prevenzione delle perdite, e politico, volto a governare le relazioni esterne con gli *stakeholder* (Chandler 1991).

Se in sostanza quindi c'è accordo tra i vari autori nel definire i ruoli attribuibili al vertice aziendale, più confusa è la parte di letteratura che definisce e delinea la composizione del vertice. Ciò che in alcuni casi è definito *strategic apex*, in altri include anche quello che in letteratura è definito *Corporate Headquarter* (CHQ); in altri casi ancora, è invece adottata una prospettiva che considera il CHQ separato dal TMT (Young e Goold 1993); secondo quest'ultima, il CHQ include gli staff coinvolti nel supporto al vertice aziendale, ovvero il gruppo di soggetti con funzioni di staff e i manager esecutivi che forniscono supporto e/o servizi all'intero TMT o a parte di esso, esclusi gli staff impiegati nelle unità divisionali (Collis et al. 2007).

In questo lavoro sarà adottata una definizione di CHQ che non include il TMT, in accordo con uno specifico *framework* teorico (Young and Goold 1993). Questo permetterà di analizzare le decisioni prese dal TMT in merito alla composizione e alla dimensione del CHQ, per rispondere alla maggiore complessità derivante dai processi di fusione.

Passando dall'analisi del vertice alla prospettiva più ampia della *corporate governance*, differenze importanti si riscontrano in base al settore di appartenenza dell'organizzazione. Il settore pubblico e quello privato perseguono obiettivi differenti e seguono regole diverse, di conseguenza le modalità di governo delle organizzazioni che appartengono ai due diversi settori differiscono in molti aspetti rilevanti. Se la preoccupazione principale di qualsiasi architettura di governo societario è quella di mantenere allineati il comportamento e i risultati prodotti dalle organizzazioni con gli interessi delle parti in questione, la caratteristica di base del settore pubblico è il ruolo svolto, nel processo, dal sistema

politico istituzionale. È infatti tale sistema a definire come gli interessi generali sono rappresentati e i poteri distribuiti (Borgonovi 1996). In questa prospettiva, la *governance* dei sistemi pubblici influenza la *corporate governance* delle organizzazioni pubbliche all'interno del sistema o, da un altro punto di vista, la sfera politico-istituzionale (la rappresentanza degli interessi) influenza quella, a volte sovrapposta, gestionale-organizzativa (la concreta realizzazione delle finalità).

Le relazioni e l'equilibrio tra le due sfere, tuttavia, variano molto a seconda del settore specifico dell'intervento pubblico. Le riforme manageriali che hanno interessato molti Paesi (il settore sanitario italiano è solo uno di questi) hanno allontanato dal diretto controllo dei livelli eletti una parte rilevante dei servizi pubblici. In questo contesto di autonomia manageriale allargata e di incentivi esterni, la letteratura sul governo delle organizzazioni pubbliche ha gradualmente integrato lezioni e pratiche provenienti da esperienze private.

### 2.2.2 *Il vertice nelle aziende sanitarie italiane*

Nelle aziende sanitarie italiane, la struttura formale del TMT è regolata dalla legge. Le riforme del 1992 hanno portato a un cambiamento radicale della *corporate governance* delle aziende sanitarie in senso monocratico, assegnando al DG, nominato dal governo regionale, i pieni poteri sull'azienda. A sua volta, il DG nomina un DS e un DA: insieme essi formano una triade che rappresenta l'organo di governo di ogni azienda sanitaria, così come anche quello degli ospedali universitari (Kirkpatrick et al. 2013, Terlizzi 2019). In questo lavoro si farà riferimento alla triade come al vertice aziendale, chiamato anche TMT.

Un ruolo fondamentale del DG e del TMT in generale riguarda la complessità che è originata dagli *stakeholder* esterni e dalle difficoltà di incorporare differenti e rilevanti punti di vista nei processi decisionali. In sostanza, il DG occupa, in termini di decisioni e implementazione, un ampio spazio strategico che deriva principalmente da tre fattori: la permeabilità all'ambiente, tipica delle organizzazioni sanitarie, il ruolo persistente dei governi comunali e delle comunità locali e il grado di autonomia istituzionale (Del Vecchio 2000). Anche se entro i limiti e le restrizioni delle politiche regionali (Ashburner 2003), il TMT di un'azienda sanitaria copre quindi in parte ruoli e funzioni che in altre organizzazioni sanitarie e sistemi differenti sono sotto la responsabilità di organi collegiali come i *board* (Chambers 2019, Lee et al. 2008). Lee et al. (2008) hanno identificato una tassonomia sulla base del ruolo principale su cui il consiglio di amministrazione di un'organizzazione sanitaria sceglie di concentrarsi. Un *board* può focalizzare la propria attenzione in differenti direzioni, tra loro in competizione, che hanno la necessità di essere messe in equilibrio. Esso può agire come *policy maker*, intervenendo sulla definizione della missione e della direzione strategica, assumere il ruolo di *boundary spanner*, costruendo e mantenendo relazioni con gli attori

chiave esterni, dedicare la sua attenzione alla supervisione delle *performance* organizzative e dei comportamenti del *management*.

È difficile separare i ruoli e le funzioni del *board* da quelli dei *top managers*. Gli studi sul governo societario hanno affrontato raramente la preoccupazione per la complementarità tra alcuni aspetti dei ruoli di CEO, TMT e strutture del consiglio di amministrazione. Questa letteratura si concentra principalmente su attributi strutturali come la dimensione e la composizione del *board* (Goodstein e Boeker 1991, Young et al. 1992, Golden e Zajac 2001) e il rapporto tra attributi strutturali e prestazioni. Le ricerche sul governo, anche per le organizzazioni pubbliche, sottolineano tuttavia che esiste una profonda correlazione tra questi elementi di *governance* (Lee et al. 2008).

Se guardiamo al raggiungimento della missione che i due gruppi di soggetti perseguono, se dal *board* ci si aspetta principalmente che assuma una prospettiva più focalizzata sull'esterno e centrata sulla missione aziendale, al *top management* è richiesto un punto di vista centrato sull'organizzazione, che guardi prevalentemente a problemi interni. Più concretamente, il TMT di un'azienda sanitaria deve allocare le sue energie in tre diverse aree:

- a) l'ambiente politico-istituzionale, in cui sono definite e negoziate la missione e le strategie organizzative;
- b) la *governance* di un sistema complesso di operatori sanitari esterni, il cui ruolo può variare da quello di semplice fornitore a quello di partner strategico che persegue la salute della popolazione a quello di concorrente nella prestazione di servizi (soprattutto nel settore ospedaliero nelle aree metropolitane);
- c) l'ambiente interno, che gestisce un'organizzazione ampia e differenziata per la quale la produzione di servizi rimane una parte importante della missione.

Negli ultimi cinque anni, la tendenza verso una riduzione del numero di aziende sanitarie e un allargamento della loro dimensione media, in termini di popolazione e comunità servite, ha visibilmente, e in alcune regioni bruscamente, accelerato, impattando su tutte e tre le aree che richiedono l'attenzione del TMT. Un'azienda sanitaria più grande significa un aumento del numero di attori esterni e del volume dei servizi da produrre. Allo stesso tempo, la struttura di governo delle aziende sanitarie, incentrata sul DG e sulle altre componenti della triade, non è cambiata dalla riforma del 1992: nonostante la notevole autonomia di cui godono le regioni nella progettazione dei propri sistemi, essa rimane l'unica struttura di *governance* consentita alle organizzazioni sanitarie pubbliche, indipendentemente dalle loro dimensioni e missioni (Del Vecchio e Romiti 2017).

In questo contesto di struttura di governo “snella” (assenza di un consiglio) e fissa (impossibilità di introdurre cambiamenti), molti TMT hanno dovuto affrontare le sfide derivanti dalle nuove dimensioni allargate e il loro impatto su diverse aree di governo. Un riaggiustamento osservato nel funzionamento del TMT dopo un processo di fusione segnala come sono percepiti e risolti i potenziali squilibri tra domanda e offerta di *governance* tra le diverse aree.

Nel nostro studio si cerca di classificare questi cambiamenti e di collegarli, da un lato, a determinate caratteristiche strutturali dell’azienda e, dall’altro, alla visione del DG.

Molti autori, studiando il governo aziendale nel settore sanitario, sottolineano infatti l’importanza di esaminare le caratteristiche comportamentali dei consigli di amministrazione (in termini di dinamica interna, stile decisionale, focus strategico), argomento ampiamente inesplorato nel campo della gestione pubblica (Veronesi e Keasey 2010), come suggerito anche da altri studiosi di *corporate governance* (Ferlie et al. 2003, Forbes e Milliken 1999).

La letteratura esistente non ha esplorato adeguatamente ciò che spinge il TMT a concentrarsi su determinate aree di *governance* rispetto ad altre (missione, valutazione delle prestazioni, relazioni esterne).

Alcuni autori (Ambos e Müller-Stewens 2017) hanno suggerito che il ruolo delle strutture di *governance* debba essere esaminato da una prospettiva ampia, specialmente in settori come la salute, dove tali strutture possono svolgere ruoli differenziati a seconda del contesto istituzionale.

Il presente studio, con l’obiettivo di indagare gli approcci di *governance* che sono stati adottati dai TMT di differenti aziende sanitarie che hanno subito processi di fusione, si focalizzerà sull’analisi delle ragioni alla base delle loro differenze, in particolare sul modo in cui i diversi TMT interpretano e assolvono i loro ruoli. Per raggiungere questo obiettivo sono analizzati congiuntamente l’ambiente istituzionale interno dell’organizzazione, perché esercita un’influenza più forte rispetto a quello esterno nei cambiamenti dello sviluppo manageriale delle organizzazioni sanitarie, e l’ambiente istituzionale esterno, perché capace di influenzare le modalità di governo interno.

## 2.3 Il ruolo del *middle management* in aziende più grandi

### 2.3.1 Definizioni, ruoli, funzioni

In letteratura, la locuzione MM, soprattutto in ambito sanitario, è spesso utilizzata per definire ruoli diversi. La mancanza di un’omogenea definizione di MM in sanità può essere attribuita principalmente al fatto che sistemi sanitari diversi attribuiscono il ruolo di MM a soggetti che ricoprono posizioni differenti all’interno di una struttura organizzativa (Currie 2006). Come riportato nel primo paragrafo di questo capitolo, un elemento comunemente accettato per definire

il ruolo di MM fa riferimento alla sua collocazione nella struttura gerarchica: sono considerati di MM i ruoli situati sotto il *top management* e posti immediatamente sopra il primo livello di supervisione (Dutton e Ashford 1993).

Altri autori propongono definizioni di MM più ampie: Currie e Procter (2005), rinunciando a una definizione in termini di contenuti, si limitano a utilizzare le classificazioni ufficiali proposte dalle aziende. Gli autori citati, analizzando tre strutture del sistema sanitario inglese, riconducono la locuzione MM a differenti posizioni all'interno dell'organizzazione: direttori dei dipartimenti, situati direttamente sotto al ruolo del *top management*, e manager che sono collocati a un livello più basso della gerarchia. Sempre sulla base dello stesso studio, che è dedicato all'analisi dei MM nelle linee cliniche, se è riconosciuto che il MM può appartenere a posizioni diverse all'interno della gerarchia, differenze possono sorgere anche riguardo al titolo di studio o al *background* formativo. Vi sono infatti MM che, oltre alla formazione di natura clinica, hanno ricevuto una formazione manageriale, compresa quella di *Master in Business Administration* (MBA) e altri che hanno una più limitata formazione manageriale, perché dedicati a gestire unità di dimensioni più ridotte.

Indipendentemente dalla definizione adottata, è comunque comunemente accettato che il MM dovrebbe agire, da una parte, come canale di collegamento per la traslazione degli obiettivi strategici definiti dal *top management* e, dall'altra, come punto di governo dell'insieme di attività a esso affidate (Salih e Doll 2013).

Guardando alle funzioni svolte dai MM, essi tipicamente realizzano, o direttamente influenzano, tre importanti obiettivi all'interno delle organizzazioni sanitarie: quelli tecnici, quelli legati alla gestione del personale e quelli strategici (Belasen et al. 2015). Dal punto di vista tecnico, i MM sono figure di collegamento tra le operazioni *core*, le routine e il perseguimento della missione aziendale (*compliance*). I MM, inoltre, sono responsabili della gestione delle risorse, spesso professionali, a essi affidate. Infine, i MM rispondono dei risultati economici complessivi delle loro unità, propongono progetti di miglioramento e partecipano alle discussioni con i livelli superiori (Belasen et al. 2015). La posizione centrale all'interno dell'organizzazione permette loro di essere anche *opinion leader* dentro il *network* di comunicazione del sistema sanitario (Pappas et al. 2004, Valentino 2004). A tal proposito, qualcuno considera le responsabilità dei MM paragonabili a quelle di strateghi o architetti del cambiamento che facilitano i processi di comunicazione tra la strategia a livello *corporate* (*corporate thought*), le azioni e i risultati (Pappas et al. 2004, Wooldridge et al. 2008).

Riprendendo una definizione del *Bureau of Labor Statistics* (2016), il ruolo specifico del MM operante in sanità prevede la pianificazione, la direzione e il coordinamento dei medici e dei servizi sanitari. Tali figure possono gestire un'intera struttura, specializzarsi nella gestione di un'area clinica o di un dipartimento o gestire un ambulatorio per un gruppo di medici. La loro attività può

essere molto complessa e variegata e dipende dai sistemi di appartenenza. Una parte del ruolo comprende obiettivi di miglioramento dell'efficienza e qualità nello sviluppo dei servizi sanitari. In alcuni sistemi, il ruolo del MM può includere perfino la gestione delle finanze, come per esempio i *fee* sui compensi e le procedure di fatturazione relative all'attività svolta sui pazienti.

È stato inoltre riconosciuto l'importante e variegato ruolo del MM come imprenditore, comunicatore e supporto (Embertson 2006) e quello, altrettanto importante, svolto nelle burocrazie professionali come mediatore tra obiettivi clinici e aziendali (Currie e Procter 2005).

Dopo aver definito i ruoli del MM ed esaminato il posizionamento e le funzioni specifiche svolte all'interno dell'organizzazione, saranno indagati i caratteri che connotano tali ruoli in sanità e i cambiamenti che essi hanno subito negli ultimi anni.

### *2.3.2 Le peculiarità del ruolo di middle manager in sanità*

*La complessa identità del middle manager in sanità: il difficile equilibrio tra componente clinica e manageriale*

Nei ruoli ibridi, caratterizzati cioè sia da una componente manageriale che da una componente clinica (si veda paragrafo 2.1.1), l'identità del MM può essere molto complessa (Forbes et al. 2004). I problemi di identità si evidenziano soprattutto nelle fasi di passaggio dai ruoli puri a quelli ibridi (Forbes et al. 2006), spesso a causa del fatto che tale cambiamento non è supportato da un'adeguata formazione manageriale (Porter et al. 2006).

Gli studi riportano inoltre che le difficoltà attribuibili a un effettivo passaggio di ruolo possono essere legate al fatto che i MM spesso rimangono ancorati prevalentemente alla componente clinica (Iedema et al. 2004) e di conseguenza non si verifica quella che è considerata la condizione chiave per tale passaggio (Spehar et al. 2015), ovvero ciò che determina un reale cambiamento di identità del soggetto. Molti studi mostrano infatti che i medici tendono a mantenere una mentalità prevalentemente clinica anche dopo aver assunto responsabilità manageriali (Johansen e Gjerberg 2009, Mo 2008). Il difficile passaggio di identità vissuto dai medici nell'assumere il nuovo ruolo manageriale sembra generare criticità nell'attività lavorativa, per le tensioni che si possono sviluppare tra priorità cliniche e operative (Cathcart et al. 2010, Hewison 2002).

Il forte ancoraggio dei medici alla componente clinica del proprio ruolo è stato attribuito principalmente a due fattori: da una parte i professionisti trovano soddisfazione prevalentemente da tale componente del proprio lavoro, dall'altra attribuiscono la propria legittimazione prevalentemente alle competenze cliniche e sono convinti che soprattutto da queste derivino anche l'autonomia e il riconoscimento da parte dei colleghi e dello staff. Si tratta di una

tipologia peculiare di legittimazione, denominata «legittimazione professionale» (Deephouse e Suchman 2008), che si riferisce alla legittimazione specifica legata alla coerenza con l'etica e i convincimenti di un particolare gruppo professionale. Questo distingue il ruolo del professionista-medico da quello delle altre professioni (per esempio gli infermieri) nelle quali, invece, il passaggio al ruolo manageriale sembra essere vissuto in maniera meno critica in quanto a esso sono attribuiti maggiori autonomia, autorità e status, elementi non sempre presenti nei ruoli delle professioni non mediche (Spehar et al. 2012).

La complessità del ruolo manageriale in sanità deriva anche dalla natura professionale delle organizzazioni. I MM, oltre alla difficoltà di raggiungere un ruolo manageriale partendo da un background clinico, normalmente coordinano altri professionisti che sono di status uguale se non superiore, essendo detentori di competenze molto elevate, e abituati quindi ad ampi gradi di autonomia (Preston e Loan-Clarke 2000).

Non sempre la componente manageriale del ruolo è vissuta come elemento negativo: esistono casi in cui i clinici vedono nel ruolo manageriale un'opportunità, al fine di proteggere una specialità dalle influenze esterne. Anche in questi casi sono comunque riscontrate criticità nel conciliare il doppio ruolo (clinico e manageriale) e gestire le tensioni e i conflitti da esso generati (Forbes et al. 2004).

#### *La percezione della componente manageriale del ruolo*

La percezione che i MM hanno rispetto alla componente manageriale del proprio ruolo è spesso critica ed è principalmente imputabile a tre aspetti.

Una prima criticità è riferibile alla percezione della propria autonomia decisionale, il cui livello è spesso giudicato insufficiente e per questo ritenuto in grado di influenzare negativamente anche la motivazione (Belasen 2014).

Un'altra difficoltà percepita dai MM è relativa alla mancanza di chiarezza su ciò che è richiesto dal proprio ruolo, si parla a tal proposito di ambiguità di ruolo (Currie e Procter 2005), attribuita dai MM soprattutto a una mancanza di chiarezza sulle responsabilità loro affidate (Dopson e Fitzgerald 2006).

Infine un altro punto, spesso sottolineato in letteratura, riguarda la limitazione che il MM riscontra nell'esercizio del ruolo strategico, che è stata attribuita prevalentemente a due elementi che caratterizzano le organizzazioni sanitarie (Currie e Procter 2005): l'elevato potere del nucleo operativo professionale e le *policies* del governo centrale e dei sistemi istituzionali alle quali le organizzazioni sanitarie sono sottoposte. Questa criticità è stata riscontrata anche in ricerche che hanno coinvolto MM (in particolare capi dipartimento) di aziende ospedaliere italiane. Da tali studi si evince che i direttori di dipartimento, sebbene interessati alle attività decisionali e in particolare a quelle di natura strategica, spesso non riescono a essere coinvolti dal *top management* nell'esercizio di

tale funzione. In base a questo studio, la forte legittimazione dei capi dipartimento da parte della comunità professionale è considerata dal *top management* un rischio per la propria legittimazione. In conseguenza di questo, i *top manager* gestiscono direttamente le relazioni con i responsabili delle unità operative, “scavalcando” quindi i direttori di dipartimento e di conseguenza delegittimando la loro autorità formale (Sartirana et al. 2014).

Quest’ultimo aspetto è stato ritenuto da alcuni autori particolarmente critico in quanto i livelli intermedi sono ritenuti detentori di una conoscenza sulle priorità strategiche che consentirebbe loro di contribuire positivamente allo sviluppo della strategia a livello di vertice (Pappas et al. 2004).

#### *La forte pressione lavorativa e la difficile gestibilità del ruolo*

Negli anni si è registrata una crescita del carico di lavoro per i MM del settore sanitario caratterizzata da orari di lavoro più lunghi, simili a quelli presenti in altri settori (Thorpe e Loo 2003), che ha portato alcuni autori a considerare l’attività del MM operante in sanità come un “lavoro estremo” (Buchanan et al. 2013) e ad attribuire la causa di questo incremento di pressione prevalentemente ad alcuni contenuti del ruolo. I MM in sanità sono spesso chiamati a prendere decisioni inderogabili sulla vita dei pazienti e a far fronte a priorità confliggenti (manageriali e cliniche). Negli ultimi anni, inoltre, su questa pressione ha agito anche una razionalizzazione delle risorse. Non minore rilevanza sulla pressione lavorativa assumono gli aspetti organizzativi: viene ribadito come spesso sia richiesto, in queste organizzazioni, di coinvolgere un ampio numero di persone prima di introdurre miglioramenti, e come si conviva con un clima aziendale che per effetto delle problematiche sopra esposte è stato negli ultimi anni critico (Buchanan et al. 2013).

L’incremento della pressione lavorativa a cui i MM operanti in sanità sono stati sottoposti negli ultimi anni (Berg e Byrkjeflot 2014) è da alcuni autori attribuito alle riforme che hanno attraversato il settore. Sono infatti state riscontrate correlazioni tra il livello di pressione politica e finanziaria introdotta dalle riforme e i livelli di *job satisfaction* e di dedizione all’azienda (Steane et al. 2015, Teo et al. 2016).

Il livello di pressione lavorativa è considerato da alcuni talmente elevato da non essere ritenuto facilmente gestibile (Carlstrom 2012).

#### *Il difficile riconoscimento del ruolo del MM da parte degli altri ruoli*

In sanità, il ruolo del MM è spesso caratterizzato da uno stereotipo negativo. Secondo alcune ricerche, il *top management* (Merali 2003) ritiene insufficiente il livello di obiettivi gestionali raggiunti dal MM (Belasen e Belasen 2016). Ciò è spesso attribuito alla crescente pressione che i sistemi hanno esercitato sulle aziende, rendendo particolarmente difficile il raggiungimento degli obiettivi ge-

stonali assegnati al MM che sono da questi considerati in conflitto con gli “imperativi professionali di cura”. Di questo stereotipo negativo i MM sembrano essere consapevoli: la loro percezione è quella di essere costantemente sotto esame sia da parte dei soggetti interni alle aziende che da parte di quelli esterni a esse. Queste figure sono dedite a interpretare e attuare politiche sulle quali non sempre si sentono pienamente informati. Ciononostante, sembrano accettare queste condizioni come parte integrante del proprio ruolo (Preston e Loan-Clarke 2000), sottolineando una scarsità di comunicazione e una mancanza di informazione da parte dei livelli superiori (Belasen 2014).

Da altri autori sono considerati riluttanti, ma intraprendenti, e sono posti nel difficile snodo tra i livelli *top-down* e *bottom-up* che li spinge a un costante bisogno di rivalutare la propria idoneità (Currie 2006).

La percezione negativa del ruolo del MM da parte del *top management* spesso porta anche a un circolo vizioso in base al quale le basse aspettative del *top management* portano a una minore produttività dei MM e ciò rinforza la percezione di MM non motivati (Belasen e Fortunato 2013).

#### *Il basso livello di riconoscimento, gratificazione e soddisfazione percepiti dal MM*

Le riforme che hanno attraversato la sanità negli ultimi anni, tra le quali quelle relative al cosiddetto *new public management*, che ha visto l’inserimento di principi manageriali anche all’interno di questo settore, sono state alla base dei diversi fattori che hanno caratterizzato negativamente i ruoli di MM in termini di perdita di autonomia, scontento e perdita di motivazione (Viitanen et al. 2006). Le riforme sembrano inoltre aver prodotto nelle strutture sanitarie pubbliche effetti negativi anche sulla *job satisfaction* e sull’identità dei professionisti (Kirpal 2004).

Nonostante l’importante ruolo svolto dai MM all’interno delle organizzazioni, molti di loro non si sentono adeguatamente apprezzati per il proprio lavoro (Belasen 2014) né dal punto di vista della remunerazione né in termini di potere esercitato e status (Buchanan et al. 2013). Molte ricerche sottolineano infatti che a un incremento del carico di lavoro spesso non è corrisposto un aumento né di riconoscimento né di gratificazione economica (Belasen et al. 1996).

#### *La dedizione al lavoro e all’organizzazione*

Dato l’importante ruolo del MM nel facilitare, negoziare e interpretare le connessioni tra livelli strategici e operativi (Floyd e Wooldridge 1997), la dedizione al proprio lavoro è ritenuta di fondamentale importanza. Al contrario, allorché si evidenzia una mancanza di dedizione al lavoro e all’azienda (il *commitment*, nella letteratura internazionale), si riscontrano criticità, soprattutto legate a ritardi nell’implementazione dei processi strategici (Floyd e Wooldridge 1994). Da evidenziare che, spesso, bassi livelli di *commitment* nei livelli manageriali sono attribuibili ai livelli gerarchici superiori (Alhaqbani 2016).

Le ricerche sul *commitment* del MM in sanità mostrano comunque risultati confliggenti. La riduzione di autonomia che ha interessato questi ruoli in ambito sanitario – spesso derivante da processi di fusione che hanno ridotto i livelli organizzativi – determina uno stato di frustrazione (Vivar 2006). Considerati incapaci di gestire le pressioni trasversali, i MM tendono ad avere un basso profilo, alimentando l'immagine di «manager non impegnati» (Carlstrom 2012).

Studi più recenti rilevano tendenze opposte, mostrando come i MM siano molto dediti al lavoro e profondamente motivati (Buchanan et al. 2013). Sul livello di dedizione agli obiettivi organizzativi sembra agire positivamente il coinvolgimento dei MM nei processi strategici, che a sua volta genera il maggior successo delle strategie (Vilà e Canales 2008), ma anche la creazione di un ambiente che supporta la socializzazione professionale e organizzativa (Hoff 2001). L'importanza del *commitment* nelle aziende sanitarie deriva inoltre dal fatto che esso è ritenuto la base per costruire una collaborazione con i livelli di *management* superiori, che in queste organizzazioni è spesso limitata dalla tendenza dei professionisti a essere più dediti alla professione che all'azienda (Mintzberg 2012).

Un'altra determinante del *commitment* del MM, ampiamente indagata in letteratura, è relativa alle varie forme di riconoscimento e gratificazione previste dall'organizzazione (Eisenberger et al. 1986). In genere, infatti, le variabili che contribuiscono al supporto che l'organizzazione fornisce ai propri dipendenti possono contribuire al *commitment* (Meyer e Smith 2001), soprattutto nelle organizzazioni sanitarie, se viene riscontrato un equilibrio tra contributi richiesti e ricompense offerte (Stankiewicz-Mróz 2018).

L'analisi della percezione del MM rispetto ai temi sopra evidenziati sarà oggetto dell'analisi quantitativa i cui risultati sono mostrati nel Capitolo 4. Tale analisi permetterà di confrontare le evidenze riscontrate rispetto a quelle emerse in letteratura.

## Bibliografia

- Alhaqbani A., Reed D. M., Savage B. M., Ries J., 2016. «The Impact of Middle Management Commitment on Improvement Initiatives in Public Organisations», *Business Process Management Journal*, 22(5), pp. 924-938.
- Ambos T. C., Müller-Stewens G., 2017. «Rethinking the Role of the Centre in the Multidivisional Firm: A Retrospective», *Long Range Planning*, 50(1), pp. 8-16.
- Ashburner L., 2003. «The Impact of New Governance Structures in the NHS», in Cornforth C., *The Governance of Public and Non-Profit Organisations. What Do Boards Do?*, London, Routledge, pp. 207-220.
- Bazzoli G., Losasso A., Arnould R. J., Shalowitz M., 2002. «Hospital Reorganization and Restructuring Achieved Through Merger», *Health Care Management Review*, 27(1), pp. 7-20.
- Belasen A. T., 2014. «The Ambiguous and Underappreciated Role of Middle Managers in Healthcare Organizations». *Paper presented at Academy of Management, Healthcare Management Division*, Philadelphia.
- Belasen A. T., Benke M., DiPadova L. N., Fortunato M. V., 1996. «Downsizing and the Hyper-Effective Manager: The Shifting Importance of Managerial Roles during Organizational Transformation», *Human Resource Management*, 35(1), pp. 87-117.
- Belasen A. T., Eisenberg B., Huppertz J. W., 2015. *Mastering Leadership: A Vital Resource for Healthcare Organizations*, Boston, Jones & Barlett Learning.
- Belasen A. T., Fortunato M. V., 2013. «Situational Motivation: Challenging the Binary», in Paludi M., *Implementing Best Practices in Human Resources*, Santa Barbara, Praeger, pp. 173-196.
- Belasen A. T., Belasen A. R., 2016. «Value in the Middle: Cultivating Middle Managers in Healthcare Organizations», *Journal of Management Development*, 35(9), pp. 1149-1162.
- Berg L. N., Byrkjeflot H., 2014. «Management in Hospitals: A Career Track and a Career Trap. A Comparison of Physicians and Nurses in Norway», *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), pp. 379-394.
- Borgonovi E., 1996. *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Buchanan D. A., Denyer D., Jaina J., Kelliher C., Moore C., Parry E., Pilbeam C. J., 2013. «How Do They Manage? A Qualitative Study of the Realities of Middle

- and Front-line Management Work in Healthcare», *Health Services and Delivery Research*, 1(4), pp. 1-248.
- Burgess N., Currie G., 2013. «Knowledge Brokering Role of the Hybrid Middle Manager», *British Journal of Management*, 24(1), pp. 132-142.
- Carlstrom E. D., 2012. «Middle Managers on the Slide», *Leadership in Health Services*, 25(2), pp. 90-105.
- Carpenter M. A., Geletkanycz M. A., Sanders W. G., 2004. «Upper Echelons Research Revisited: Antecedents, Elements, and Consequences of Top Management Team Composition», *Journal of Management*, 30(6), pp. 749-778.
- Cathcart E., Greenspan M., Quin M., 2010. «The Making of a Nurse Manager: The Role of Experiential Learning in Leadership Development», *Journal of Nursing Management*, 18(4), pp. 440-447.
- Chambers N., Smith J., Proudlove N., Thorlby R., Kendrick H., Mannion R., 2019. «Roles and Behaviours of Diligent and Dynamic Healthcare Boards», *Health Services Management Research*, 33(2), pp. 96-108.
- Chandler A. D., 1991. «The Functions of the HQ Unit in the Multi-Business Firm», *Strategic Management Journal*, 12(2), pp. 31-50.
- Colao A. M. L., Riccio P. A., Botti A., Tommasetti A., Sargiacomo M., D'Andreamatteo A., Ianni L., 2018. «Myth# 3: Healthcare Institutions as Well as the Overall System Can Be Fixed by Bringing in the Great Leader», in Adinolfi P., Borgonovi E., *The Myths of Health Care*, Cham, Springer, pp. 87-102.
- Collis D., Young D., Goold M., 2007. «The Size, Structure, and Performance of Corporate Headquarters», *Strategic Management Journal*, 28(4), pp. 383-405.
- Collis D. J., Montgomery C. A., Invernizzi G., Molteni M., 2012. *Corporate Level Strategy: generare valore condiviso nelle imprese multibusiness*, Milano, McGraw-Hill.
- Currie G., Procter S. J., 2005. «The Antecedents of Middle Managers' Strategic Contribution: The Case of a Professional Bureaucracy», *Journal of Management Studies*, 42(7), pp. 1325-1356.
- Currie G., 2006. «Reluctant but Resourceful Middle Managers: The Case of Nurses in the NHS», *Journal of Nursing Management*, 14(1), pp. 5-12.
- Deephouse D.L., Suchman M., 2008. «Legitimacy in Organizational Institutionalism», in Greenwood R., Oliver C., Sahlin K., Suddaby R., *The SAGE Handbook of Organizational Institutionalism*, Thousand Oaks, Sage, pp. 49-77.

- Del Vecchio M., 2000. «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in Anessi Pessina E., Cantù E., *Rapporto OASI 2000. L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Milano, Egea, pp. 211-245.
- Del Vecchio M., Rappini V., 2010. «Aziende Sanitarie e Stampa Quotidiana: Una Proposta di Analisi», in Cantù E., Anessi Pessina E., *Rapporto OASI 2010. L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia*, Milano, Egea, pp. 433-464.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A., 2017. «Nuovi Modelli Organizzativi e Sviluppo del Middle Management nelle Aziende Sanitarie», in CERGAS – Bocconi, *Rapporto Oasi 2017. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Egea, Milano.
- Del Vecchio M., Romiti A., 2017. «Prospettive di Sviluppo per la Governance delle Aziende Sanitarie», in Del Vecchio M., Pinelli N., Ripa di Meana F., Romiti A., Tanese A., *Aziende e Management per il Futuro del SSN*, Roma, KOS Comunicazione e Servizi s.r.l., pp. 45-68.
- Delmestri G., Walgenbach P., 2005. «Mastering Techniques or Brokering Knowledge? Middle Managers in Germany, Great Britain and Italy», *Organization Studies*, 26(2), pp. 197–220.
- Dopson S., Fitzgerald L., 2006. «The Role of the Middle Manager in the Implementation of Evidence-Based Health Care», *Journal of Nursing Management*, 14(1), pp. 43–51.
- Dossi A., Lecci F., Longo F., Morelli M., 2017. «Hospital Acquisitions, Parenting Styles and Management Accounting Change: An Institutional Perspective», *Health Services Management Research*, 30(1), 22–33.
- Dutton J. E., Ashford S. J., 1993. «Selling Issues to Top Management», *Academy of Management Review*, 18(3), pp. 397–428.
- Eisenberger R., Huntington R., Hutchison S., Sowa D., 1986. «Perceived Organizational Support», *Journal of Applied Psychology*, 71(3), pp. 500-507.
- Emberson M. K., 2006. «The Importance of Middle Managers in Healthcare Organizations», *Journal of Healthcare Management*, 51(4), pp. 223–32.
- Fattore G., Longo F., Sartirana M., 2013. «Il Curriculum Vitae dei Direttori Generali», in CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2013. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, pp.279-294.
- Fazzi R., 1982. *Il governo d'impresa*, Milano, Giuffrè Editore.
- Ferlie E., Hartley J., Martin S., 2003. «Changing Public Service Organizations: Current Perspectives and Future Prospects», *British Journal of Management*, 14(1), pp. 1-14.

- Floyd S. W., Wooldridge B., 1994. «Dinosaurs or Dynamos? Recognizing Middle Management's Strategic Role», *Academy of Management Perspectives*, 8(4), pp. 47-57.
- Floyd S. W., Wooldridge B., 1992. «Middle Management Involvement in Strategy and Its Association with Strategic Type: A Research Note», *Strategic Management Journal*, 13(1), pp.153-167.
- Floyd S. W., Wooldridge B., 1997. «Middle Management's Strategic Influence and Organizational Performance», *Journal of Management Studies*, 34(3), pp. 465-485.
- Forbes D. P., Milliken F. J., 1999. «Cognition and Corporate Governance: Understanding Boards of Directors as Strategic Decision-Making Groups», *The Academy of Management Review*, 24(3), pp. 489-505.
- Forbes T., Hallier J., Kelly L., 2004. «Doctors as Managers: Investors and Reluctants in a Dual Role», *Health Services Management Research*, 17(3), pp.167-176.
- Forbes T., Hallier J., 2006. «Social Identify and Self-Enactment Strategies: Adapting to Change in Professional-Manager Relationships in the NHS», *Journal of Nursing Management*, 14(1), pp. 34-42.
- Fulop N. J., Protopsaltis G., Hutchings A., King A. C., Allen P., Normand C., Walters R., 2002. «Process and Impact of Mergers of NHS Trusts: Multicentre Case Study and Management Cost Analysis», *British Medical Journal*, 325(7358), pp. 246-249.
- Fulop N. J., Protopsaltis G., King A., Allen P., Hutchings A., Normand C., 2005. «Changing Organisations: A Study of the Context and Processes of Mergers of Health Care Providers in England», *Social Science & Medicine*, 60(1), pp. 119-30.
- Furnari A., Lecci F., Ricci A., 2019. «Il Middle Management nelle Aziende Sanitarie Pubbliche: Censimento Nazionale e Analisi dei Meccanismi di Empowerment e Responsabilizzazione», in CER GAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, pp. 337-370.
- Golden B. R., Zajac E. J., 2001. «When Will Boards Influence Strategy? Inclination × Power = Strategic Change», *Strategic Management Journal*, 22(12), pp. 1087-1111.
- Goodstein J., Boeker W., 1991. «Turbulence at the Top: A New Perspective on Governance Structure Changes and Strategic Change», *The Academy of Management Journal*, 34(2), pp. 306-330.
- Grol R., 1997. «Beliefs and Evidence in Changing Clinical Practice», *British Medical Journal*, 315(7105), pp. 418-421.

- Ham C., 2003. «Improving the Performance of Health Services: The Role of Clinical Leadership», *The Lancet*, 361(9373), pp.1978-1980.
- Hambrick D. C., Mason P. A., 1984. «Upper Echelons: The Organization as a Reflection of its Top Managers», *The Academy of Management Review*, 9(2), pp. 193-206.
- Hewison A., 2002. «Exploring Middle Management in the NHS», *British Journal of Health Care Management*, 8(2), pp. 52-57.
- Hoff T. J., Mandell J., 2001. «Exploring Dual Commitment among Physician Executives in Managed Care/Practitioner Application», *Journal of Healthcare Management*, 46(2), pp. 91-109.
- De Holan P. M., Mintzberg H., 2004. «Management as Life's Essence: 30 Years of the Nature of Managerial Work», *Strategic Organization*, 2(2), pp. 205-212.
- Iedema R., Degeling P., Braithwaite J., White L., 2004. «“It’s an Interesting Conversation I’m Hearing”: The Doctor as Manager», *Organization Studies*, 25(1), pp. 15-33.
- Johansen M. S., Gjerberg E., 2009. «Unitary Management, Multiple Practices?», *Journal of Health Organization and Management*, 23(4), pp. 396-410.
- Kirkpatrick I., Bullinger B., Dent M., Lega F., 2012. «The Development of Medical Manager Roles in European Health Systems: A Framework for Comparison», *International Journal of Clinical Practice*, 66(2), pp. 121-124.
- Kirkpatrick I., Bullinger B., Lega F., Dent M., 2013. «The Translation of Hospital Management Models in European Health Systems: A Framework for Comparison», *British Journal of Management*, 24(1), pp. 48-61.
- Kirpal S., 2004. «Work Identities of Nurses between Caring and Efficiency Demands», *Career Development International*, 9(3), pp. 274-304.
- Korica M., Nicolini D., Johnson B., 2017. «In Search of “Managerial Work”: Past, Present and Future of an Analytical Category», *International Journal of Management Reviews*, 19(2), pp. 151-174.
- Lee S. Y. D., Alexander J. A., Wang V., Margolin F. S., Combes J. R., 2008. «An Empirical Taxonomy of Hospital Governing Board Roles», *Health Services Research*, 43(4), pp. 1223-1243.
- Lega F., Rotolo A., Sartirana M., 2019. «Il Mestiere del Direttore Generale: Riflessioni da un’Indagine Quali-Quantitativa», in CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, pp. 315-336.

- Llewellyn S., 2001. «“Two-Way Windows”: Clinicians as Medical Managers», *Organization Studies*, 22(4), pp. 593-623.
- Menz M., 2012. «Functional Top Management Team Members: A Review, Synthesis, and Research Agenda», *Journal of Management*, 38(1), pp. 45-80.
- Merali F., 2003. «NHS managers’ Views of their Culture and their Public Image: The Implications for NHS Reforms», *International Journal of Public Sector Management*, 16(7), pp. 549-563.
- Mintzberg H., 1973. *The Nature of Managerial Work*, New York, Harper and Row.
- Mintzberg H., 1979. «An Emerging Strategy of “Direct” Research», *Administrative Science Quarterly*, 24(4), pp. 582-589.
- Mintzberg H., Waters J. A., 1985. «Of Strategies, Deliberate and Emergent», *Strategic Management Journal*, 6(3), pp. 257-272.
- Mintzberg H., 1996. *La progettazione della struttura organizzativa*, Bologna, Il Mulino.
- Mintzberg H., 2012. «Managing the Myths of Health Care», *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, 48(3), pp. 4-7.
- Mo T. O., 2008. «Doctors as Managers: Moving Towards General Management? The Case of Unitary Management Reform in Norwegian Hospitals», *Journal of Health Organization and Management*, 22(4), pp. 400-415.
- Pappas J. M., Flaherty K. E., Wooldridge B., 2004. «Tapping into Hospital Champions: Strategic Middle Managers», *Health Care Management Review*, 29(1), pp. 8-16.
- Porter M. E., Nohria N., 2018. «How CEOs Manage Time», *Harvard Business Review*, 96(4), pp. 42-51.
- Porter S., Anderson L., Chetty A., Dyker S., Murphy F., Cheyne H., Latto D., Grant A., McLachlan M., Wild P., McDonald A., Kettles A. M., 2006. «Operational-Competency Development in E and F Grade Nursing Staff: Preparation for Management», *Journal of Management*, 14(5), pp 384-390.
- Postma J., Roos A. F., 2016. «Why Healthcare Providers Merge», *Health Economics, Policy and Law*, 11(2), pp. 121-140.
- Preston D., Loan-Clarke J., 2000. «The NHS Manager: A View from the Bridge», *Journal of Management in Medicine*, 14(2), pp. 100-108.
- Rajan R. G., Wulf J., 2006. «The Flattening Firm: Evidence from Panel Data on the Changing Nature of Corporate Hierarchies», *The Review of Economics and Statistics*, 88(4), pp. 759-773.

- Salih A., Doll Y., 2013. «A Middle Management Perspective on Strategy Implementation», *International Journal of Business and Management*, 8(22), pp. 32-39.
- Sartirana M., Prenestini A., Lega F., 2014. «Medical Management: Hostage to Its Own History? The Case of Italian Clinical Directors», *International Journal of Public Sector Management*, 27(5), pp. 417-429.
- Shi W. S., Markoczy L., Dess G. G., 2009. «The Role of Middle Management in the Strategy Process: Group Affiliation, Structural Holes, and Tertius Iungens», *Journal of Management*, 35(6), pp. 1453-1480.
- Spehar I., Frich J. C., Kjekshus L. E., 2012. «Clinicians' Experiences of Becoming a Clinical Manager: A Qualitative Study», *BMC Health Services Research*, 12(1), pp. 1-11.
- Spehar I., Frich J. C., Kjekshus L. E., 2015. «Professional Identity and Role Transitions in Clinical Managers», *Journal of Health Organization and Management*, 29(3), pp. 353-366.
- Stankiewicz-Mróz A., 2018. «Factors Building Commitment of Healthcare Workers», in *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*, Cham, Springer, pp. 149-158.
- Steane P., Dufour Y., Gates D., 2015. «Assessing Impediments to NPM change», *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), pp. 263-270.
- Tengblad S., «Is there a “New Managerial Work”? A Comparison with Henry Mintzberg's Classic Study 30 Years Later», *Journal of Management Studies*, 43(7), pp. 1437-1461.
- Teo S. T., Pick D., Xerri M., Newton C. J., 2016. «Person-Organization Fit and Public Service Motivation in the Context of Change», *Public Management Review*, 18(5), pp. 740-762.
- Terlizzi A., 2019. *Health System Decentralization and Recentralization: Ideational and Institutional Dynamics in Italy and Denmark*, Londra, Palgrave Macmillan.
- Thorpe K., Loo R., 2003. «Balancing Professional and Personal Satisfaction of Nurse Managers: Current and Future Perspectives in a Changing Health Care System», *Journal of Nursing Management*, 11(5), pp. 321-330.
- Valentino C. L., 2004. «The Role of Middle Managers in the Transmission and Integration of Organizational Culture», *Journal of Healthcare Management*, 49(6), pp. 393-404.
- Vallini C., 1990. *Fondamenti di Governo e di Direzione d'Impresa. Fasc. 1: L'impresa Reale e la sua Teleologia*, Torino, Giappichelli.

- Veronesi G., Keasey K., 2010. «NHS Boards: Knowing the “What” but not the “How”», *Public Money & Management*, 30(6), pp. 363-370.
- Viitanen E., Lehto J., Tampsi-Jarvala T., Mattila K., Virjo I., Isokoski M., Hyppölä H., Kumpusalo E., Halila H., Kujala S., Vänskä J., 2006. «Doctor-Managers as Decision Makers in Hospitals and Health Centres», *Journal of Health Organization and Management*, 20(2), pp. 85-94.
- Vilà J., Canales J. I., 2008. «Can Strategic Planning Make Strategy More Relevant and Build Commitment over Times? The Case of RACC», *Long Range Planning*, 4(3), pp. 273-290.
- Vivar C. G., 2006. «Putting Conflict Management into Practice: A Nursing Case Study», *Journal of Nursing Management*, 14(3), pp. 201-206.
- Wooldridge B., Schmid T., Floyd S. W., 2008. «The Middle Management Perspective on Strategy Process: Contributions, Synthesis, and Future Research», *Journal of Management*, 34(6), pp. 1190-1221.
- Young D., Goold M., 1993. *Effective Headquarters Staff: A Guide to the Size, Structure and Role of Corporate Headquarters Staff*, London, Ashridge Strategic Management Centre.
- Young G., Beekun R. I., Ginn G. O., 1992. «Governing Board Structure, Business Strategy, and Performance of Acute Care Hospitals: A Contingency Perspective», *Health Services Research*, 27(4), pp. 543-564.

# Capitolo 3. Ruoli manageriali e processi di fusione

*di Anna Romiti, Mario Del Vecchio, Chiara Milani<sup>1</sup>*

## 3.1 La metodologia per l'analisi qualitativa

### 3.1.1 L'analisi documentale

L'analisi documentale si è svolta attraverso la lettura e l'analisi della normativa regionale e del materiale fornito dalle aziende (atti aziendali, organigrammi, funzionigrammi e bilanci aziendali). Tale analisi si è soffermata in un primo momento sull'individuazione degli elementi di contesto dei casi: il percorso e le fasi di accorpamento, l'estensione dell'ambito territoriale di riferimento, le caratteristiche e la dimensione della popolazione servita, le dimensioni dell'azienda in termini di unità di personale e di numero di strutture che la compongono e di variazione delle stesse tra il pre e post fusione, il valore della produzione). In seguito, l'analisi ha mirato ad analizzare le nuove strutture organizzative e la presenza di eventuali cambiamenti rispetto alle strutture precedenti alla fusione.

L'obiettivo è stato quello di verificare le eventuali modifiche poste in atto dalle aziende (in termini di cambiamento di distribuzione del potere all'interno del vertice aziendale e nella restante parte della struttura organizzativa) per far fronte all'aumento di complessità derivante dalla fusione. Tali informazioni, associate all'analisi delle interviste effettuate ai DG (di cui il rationale e il contenuto sono presentati in un successivo paragrafo dedicato), hanno consentito al gruppo di ricerca di ricostruire la distribuzione del potere e le relazioni tra i soggetti all'interno della struttura organizzativa e di rappresentarle sotto forma grafica. Di seguito, questa rappresentazione grafica sarà richiamata con la locuzione "coloritura dell'organigramma" per riferirsi a una ricostruzione dell'organigramma finalizzata a rappresentare gli obiettivi della ricerca.

---

<sup>1</sup> Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a: Anna Romiti per i paragrafi 3.2.2; 3.4.2; 3.5.1; Mario Del Vecchio per il paragrafo 3.5.2; Chiara Milani per il paragrafo 3.1.1; Anna Romiti e Mario Del Vecchio per il paragrafo 3.3.2; Anna Romiti e Chiara Milani per i paragrafi 3.1.2; 3.2.1; 3.3.1; Anna Romiti, Mario Del Vecchio e Chiara Milani per il paragrafo 3.4.1.

### 3.1.2 La metodologia qualitativa

Nell'ambito dell'analisi qualitativa è stato fatto ricorso a diverse metodologie di ricerca (Silverman 1997); in particolare sono stati utilizzati i focus group e le interviste semi-strutturate.

#### *I focus group*

I focus group (FG) sono una tecnica usata nella ricerca sociale con l'obiettivo di comprendere gli atteggiamenti, i comportamenti e i significati degli attori nei confronti di un certo tema d'analisi (il focus): il compito del ricercatore è favorire la discussione e dirigerla verso i temi ritenuti più interessanti per l'oggetto di studio (Wilkinson 1998).

In questa ricerca, il razionale d'utilizzo di questa metodica è stato quello di definire e condividere il disegno e gli obiettivi della ricerca con un gruppo di DG e di restituirne i risultati iniziali, intermedi e finali per un loro successivo completamento, commento e validazione.

Nell'ambito dei FG, una particolare attenzione è stata data alla definizione del MM.

In letteratura, come richiamato nel capitolo precedente, spesso per MM si intendono i ruoli che sono occupati da manager situati sotto il *top management* e immediatamente sopra il primo livello di supervisor (Dutton e Ashford 1993).

In alcuni studi, comunque, si utilizza una definizione più ampia di MM attribuita anche a posizioni gerarchiche più basse (Currie e Procter 2005). Sulla base di tali studi, sono MM sia i direttori dei dipartimenti, collocati quindi direttamente sotto il *top management*, sia i manager collocati a un livello più basso, ovvero non in diretto collegamento con il *top management*, perché per esempio gestiscono un livello locale (direttore di distretto).

In questo lavoro è stata adottata la definizione più ampia di MM, anche in considerazione della tipologia di aziende considerate che sono di rilevanti dimensioni. Vengono qui definiti MM i soggetti che occupano i seguenti ruoli: Direttore di Unità Operativa Semplice Dipartimentale, Direttore di Unità Operativa Complessa, Direttore di area, Direttore di dipartimento, Direttore di distretto.

I FG effettuati con i DG sono stati tre:

- uno si è svolto all'inizio della ricerca per definirne gli obiettivi, il disegno di studio e le prime fasi dello studio;
- un secondo incontro si è svolto al termine dell'effettuazione delle interviste al caso pilota (ASL Roma 1) per restituire i risultati provvisori e discuterli insieme, per individuare nuove chiavi di lettura e quindi per definire, a partire dalla restituzione, il percorso successivo in termini di

casi da includere, obiettivi, destinatari della ricerca e time-line. Nella metodologia di ricerca qualitativa, infatti, il confronto e la messa in discussione delle osservazioni e dei risultati in ogni fase con gli attori coinvolti nella ricerca sono elementi fondamentali nella realizzazione della stessa;

- un terzo incontro si è svolto al termine dell'analisi qualitativa sui tre casi di studio per presentare i risultati e giungere, attraverso un confronto con gli attori coinvolti e altri DG partecipanti al FG, a un completamento e a una convalida degli stessi e per definire le fasi successive della ricerca.

### *Le interviste semi-strutturate*

La scelta di utilizzare la metodologia delle interviste semi-strutturate riflette l'esigenza di indagare uno degli obiettivi di ricerca – il cambiamento di ruolo – in modo esplorativo e approfondito così da individuare i temi chiave di maggiore rilevanza sui quali concentrarsi con altre metodologie di ricerca. Le interviste semi-strutturate, infatti, sono «conversazioni guidate» (MacNeill 1990) e prevedono un elenco di argomenti o una serie di domande a carattere generale comune che stabiliscono il perimetro entro il quale l'intervistato e l'intervistatore hanno libertà di movimento, consentendo a quest'ultimo di trattare tutti gli argomenti che gli sono d'interesse (Fontana 2005). La conduzione dell'intervista, tuttavia, può variare in base alle risposte date dall'intervistato e alla singola situazione. L'intervistatore non può affrontare tematiche non previste dalla traccia, ma, a differenza di quanto accade nell'intervista strutturata, può sviluppare alcuni argomenti che nascono spontaneamente nel corso dell'intervista qualora ritenga che tali argomenti siano utili. L'approccio permette inoltre al destinatario dell'intervista di esprimere la sua visione e la sua «voce» nei confronti del tema d'interesse (Mishler 1986).

L'obiettivo delle interviste prevedeva che l'intervistato confrontasse il suo ruolo attuale con quello antecedente alla fusione, per indagare l'eventuale cambiamento del ruolo manageriale in conseguenza dell'aumento della complessità dell'azienda, facendo riferimento al *framework* proposto da Mintzberg (1973) che ne identifica le tre componenti principali:

1. Ruolo decisionale
2. Ruolo relazionale
3. Ruolo informativo

Questo modello concettuale di riferimento ha permesso di indagare le complessità che l'aumento delle dimensioni aziendali ha comportato nei ruoli investigati e le conseguenti strategie di risposta, in termini di:

- pressione lavorativa;
- attività quotidiane programmate e improvvisate per risolvere problemi contingenti;
- utilizzo di deleghe;
- tempo dedicato alla burocrazia;
- tipologia, frequenza e qualità delle relazioni personali, sia dirette che indirette;
- forme di comunicazione utilizzate (face-to-face, mail, riunioni, etc.);
- attese dei livelli sovraordinati, *peer* e subordinati;
- capacità d'influenza su altri ruoli dirigenziali.

I protocolli d'intervista proposti ai DG e ai MM sono stati elaborati, a partire dal modello di Mintzberg, e integrati sulla base di una più ampia revisione della letteratura sugli argomenti oggetto dello studio e della lettura e analisi delle normative regionali relative alla fusione delle aziende, degli atti aziendali e degli organigrammi precedenti e successivi alle fusioni. Un' integrazione successiva è stata resa possibile grazie alle indicazioni fornite dai DG delle aziende presenti al FG effettuato all'inizio del progetto di ricerca. Il protocollo di intervista (si veda *Appendice*) indirizzato ai DG è stato integrato con un ulteriore gruppo di domande volto a indagare il razionale che ha condotto alle scelte di struttura compiute in seguito alla fusione, le fasi del processo stesso, i tempi occorsi all'integrazione post-fusione, le dimensioni della struttura governata (numero di dipendenti, numero di professionisti, numero e dimensione delle sedi), e il cambiamento del proprio ruolo per far fronte ai nuovi elementi di complessità. Le interviste hanno coinvolto i DG delle tre aziende e alcuni MM. Il processo di selezione dei MM intervistati è avvenuto a opera del DG tra gli operatori che avevano mantenuto lo stesso ruolo dopo il processo di fusione individuando, tra questi e per ciascuna azienda, almeno una figura operante nello staff, un direttore del personale, uno di distretto, uno di dipartimento e uno di area, dove presente, e un direttore di struttura complessa di distretto. Le interviste hanno avuto una durata compresa tra una e due ore. Lo schema in Tabella 3.1 riporta il numero di soggetti intervistati per ruolo e ASL di appartenenza.

**Tabella 3.1 - Soggetti intervistati per ASL di appartenenza e ruolo**

Ruoli		ASL Roma 1	ASL Città di Torino	AUSL Toscana Centro
Direttore generale		1	1	1
Direttore unità di staff		1	2	1
Direttore del personale		1	1	1
Direttore di linea intermedia	Distretto	1	1	
	Dipartimento	3	2	3
	Area			1
Direttore di UOC	Distretto	1		
	Dipartimento	1		1
Totale interviste effettuate		9	7	8

Le interviste sono state registrate e trascritte dopo aver richiesto il consenso del destinatario. I ricercatori hanno individuato i punti chiave tramite l'analisi delle trascrizioni delle interviste. L'analisi delle trascrizioni ha permesso di individuare le informazioni ascrivibili ai punti del modello concettuale utilizzato come quadro teorico di riferimento (Mintzberg 1973), individuando le citazioni d'interesse per ogni dimensione di complessità. I dati dei documenti analizzati e delle interviste sono poi stati raccolti e riassunti ed è stato effettuato un confronto tra le risposte date dai manager all'interno della stessa azienda e tra le varie aziende. In seguito è stato operato un confronto rigoroso tra i diversi interventi attuati intra e inter le aziende incluse nello studio.

## 3.2 Il processo di fusione e i caratteri aziendali

### 3.2.1 I casi aziendali

L'obiettivo di questo paragrafo è quello di descrivere le caratteristiche delle aziende individuate come casi di studio in riferimento al percorso e alle fasi di accorpamento, all'estensione dell'ambito territoriale di riferimento, alle caratteristiche e alla dimensione della popolazione servita, alle dimensioni dell'azienda in termini di unità di personale e di numero di strutture che la compongono e di variazione delle stesse tra il pre e post fusione, alle dimensioni della funzione di produzione interna dei servizi.

#### *Il caso ASL Roma 1*

L'Azienda Roma 1 è nata il 1° gennaio 2016 da un percorso di riassetto istituzionale che ha visto in una prima fase l'incorporazione dell'azienda ospedaliera San Filippo Neri (SFN) nell'ASL Roma E e successivamente la fusione di

quest'ultima con l'ASL Roma A. L'attuale DG dell'ASL Roma 1 è stato in precedenza DG di una delle aziende oggetto di fusione (l'ASL Roma E).

Si configura come un'azienda metropolitana, che si estende su un territorio di sei municipi della città di Roma, coprendo il 50% circa degli abitanti. L'ambito territoriale di riferimento comprende i Municipi di Roma Capitale I, II, III, XIII, XIV e XV. La superficie totale è 524 km<sup>2</sup>, pari al 40,8% della superficie complessiva del Comune di Roma.

La popolazione servita è di un milione di abitanti, pari al 36,4% della popolazione complessiva residente nel Comune di Roma con una densità media di circa 2.000 abitanti per km<sup>2</sup>. L'utenza è rappresentata sia dai residenti nel territorio di competenza sia dai soggetti che vi transitano (per esempio turisti, pendolari) e sono domiciliati altrove, ma che utilizzano le strutture di erogazione dell'Azienda con ovvi impatti sulla organizzazione dei servizi. Infatti, soprattutto in alcuni quartieri, l'impossibilità di quantificare la popolazione afferente ai servizi aziendali, che risulta maggiore di quella residente, soprattutto per alcune prestazioni, rappresenta un elemento di elevata criticità.

Si presenta come un'azienda sanitaria con una prevalente funzione di coordinamento (assimilabile a quella di acquisto) di servizi offerti da un'ampia rete di erogatori pubblici e privati convenzionati. Questo si riflette nella relazione fra unità di personale (circa 5.600 dipendenti) e valore della produzione di 2.914 milioni di euro, ovvero in un rapporto, pari a 520.000 euro, tra valore della produzione (è il termine tecnico con il quale viene definito l'insieme dei finanziamenti ricevuti, prevalentemente dalla regione, ma non solo, da un'azienda sanitaria pubblica) e unità di personale, come mostrato in Tabella 3.2.

È costituita da quattro presidi ospedalieri (Ospedale San Filippo Neri, Ospedale Santo Spirito, Ospedale Monospecialistico Oftalmico, Centro per la Salute della Donna Sant'Anna), una sede di attività di ricovero in regime diurno (Presidio S. Andrea via di Cassia), 26 macrostrutture (Dipartimenti, Distretti e Aree gestionali), 121 Strutture Complesse, 35 Unità Operative Semplici Dipartimentali.

I sei distretti sono ampliamenti differenziati per popolazione (da 133.000 a 204.000 abitanti), estensione territoriale (da 19,6 a 186,7 km<sup>2</sup>) densità abitativa (da 9.700 e 8.570 ab/km<sup>2</sup> rispettivamente del Distretto 1 e 2 a 843 del Distretto 15) e composizione socio-demografica (distretti centrali e distretti sub-urbani). Queste variazioni si riflettono in diversi gradi di complessità organizzativa e gestionale. Sono presenti nel territorio sei Case della Salute.

Si tratta di un'azienda che eroga servizi facendo anche ampio ricorso a fornitori esterni. Questo dato è sostenuto dall'alto rapporto tra valore della produzione (2.914 milioni di euro) e unità di personale (5.600 unità).

Le caratteristiche dell'azienda, della popolazione servita e gli elementi relativi alla dimensione economica aziendale sono riassunti in Tabella 3.2.

**Tabella 3.2 - ASL Roma 1, popolazione servita (2017), caratteristiche struttura organizzativa (2018) e dati economici (2018)**

Popolazione residente		1.046.862
Organizzazione	Macrostrutture (dipartimenti, distretti e aree gestionali)	26
	Unità Operative Semplici Dipartimentali	35
	Strutture Complesse	121
	Presidi Ospedalieri	4
	Distretti	6
	Personale	5.600
Dimensione economica	Valore della produzione (milioni)	€ 2.914
	Valore della produzione/personale (migliaia)	€ 520

Fonti: Ministero della salute, Atti aziendali

Rispetto al totale delle aziende originarie, il numero di unità è stato ampiamente ridotto a partire dal 2016. In particolare, i dipartimenti sono passati da 65 a 35 (-46,2%), le Unità Operative Complesse sono diminuite da 185 a 121 (-34,6%) e le Unità Operative Semplici Dipartimentali di oltre il 50%.

Il numero di unità organizzative è stato ampiamente ridotto rispetto alla somma delle unità presenti nelle aziende oggetto della fusione come si può evincere dalla Tabella 3.3.

**Tabella 3.3 - Processo di fusione ASL Roma 1. Confronto tra numero di Strutture Complesse e dipartimentali nelle aziende pre-fusione e nell'azienda post-fusione**

	Strutture Complesse	Dipartimenti
Pre (Roma E + Roma A)	185	65
Post (Roma 1)	121	35
Differenza	-64	-30
Differenza %	-34,6%	-46,2%

### *Il caso AUSL Toscana Centro*

L'AUSL Toscana Centro è stata costituita nel 2016 a seguito della fusione delle quattro aziende sanitarie di Firenze, Prato, Empoli e Pistoia. Si tratta, quindi, di un'azienda sub-regionale, che si estende su un territorio molto vasto.

Il riordino del sistema sanitario regionale è configurato nella L.R. 84/2015 che ha creato tre grandi AUSL regionali: Toscana Centro, Nord-Ovest e Sud-Est.

Il processo che ha portato alla fusione era iniziato nel 2005 con la creazione di coordinamenti di area vasta («s'intende per area vasta l'ambito di attuazione della programmazione strategica regionale nel quale sono integrate la programmazione dell'azienda unità sanitaria locale e dell'azienda ospedaliero universitaria»<sup>2</sup>), il cui territorio di riferimento coincide con quello delle attuali tre AUSL nelle quali è suddiviso il territorio regionale. In seguito, la L.R. del 16 marzo 2015<sup>3</sup> ha commissariato le tre aree vaste e dodici aziende sanitarie con il mandato di rendere operativa la fusione a partire dal 1° gennaio 2016.

Gli indirizzi e le indicazioni della nuova organizzazione sanitaria regionale sono contenuti e sistematizzati nella L.R. 84/2015<sup>4</sup>.

La creazione dell'AUSL oggetto della ricerca si iscrive in un disegno regionale di riconfigurazione dell'intero SSR e non solo in un processo locale o cittadino. Nonostante un disegno a scala sub-regionale, si mantengono forti le identità delle quattro ex-AUSL. In questo senso assume rilievo il fatto che l'attuale DG dell'AUSL Toscana Centro sia stato in precedenza DG di una delle aziende oggetto di fusione (l'AUSL 10 di Firenze).

Il territorio di pertinenza dell'AUSL Toscana Centro coincide con quello dell'area vasta Centro «comprendente gli ambiti delle città di Firenze, Prato, Pistoia ed Empoli, con l'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità e alle problematiche locali», secondo lo Statuto dell'Azienda, Delibera 1720/2016.

Considerando le dimensioni territoriali, si presenta più piccola rispetto alle altre due aziende USL della Toscana (5.042 km<sup>2</sup> rispetto ai 6.400 della Nord-Ovest e agli 11.500 della Sud-Est. «Il territorio è caratterizzato dalla presenza dell'area metropolitana fiorentina e dalla varietà di zone collinari e montane circostanti, con una superficie di circa un quinto dell'intera regione, dove vive poco meno della metà dei toscani. [...] La densità abitativa è invece più elevata (323 abitanti per km<sup>2</sup> rispetto ai 200 della Nord-Ovest e ai 72 della Sud-Est) nella piana tra Firenze, Prato e Pistoia, varia significativamente tra le nove zone socio-sanitarie, contribuendo alle differenze nelle caratteristiche degli stili di vita, esposizioni ambientali, livelli economici e sociali di chi li vive»<sup>5</sup>.

Il bacino d'utenza è di 1,6 milioni, rappresenta il 43,4% del totale dei toscani facendo della AUSL Toscana Centro la seconda Azienda Sanitaria in Italia per dimensione demografica, dopo quella metropolitana di Milano. Oltre metà della popolazione vive nel territorio della precedente Azienda USL fiorentina (51,6%) mentre gli altri sono distribuiti in modo piuttosto simile tra le altre aree territoriali.

<sup>2</sup> L.R. 40/2005, art. 2.

<sup>3</sup> «Disposizioni urgenti per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del servizio sanitario regionale».

<sup>4</sup> «Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo. Modifiche alla L.R. 40/2005».

<sup>5</sup> *Lo stato di salute*, Relazione sanitaria dell'Azienda AUSL Toscana Centro, 2017.

L'azienda è costituita da cinque presidi ospedalieri (Presidio Ospedaliero Firenze I; Presidio Ospedaliero Firenze II; Presidio Ospedaliero di Pistoia; Presidio Ospedaliero Empoli; Presidio ospedaliero di Prato), 23 Dipartimenti, 239 Strutture Complesse e 77 Unità Operative Semplici Dipartimentali. Le zone-distretto sono nove con una popolazione media di 180.000 abitanti. In otto di esse si è costituita la Società della Salute, che rappresenta la soluzione organizzativa indicata dalla Regione Toscana (L.R. 40/2005) per rendere effettiva l'integrazione del sistema sanitario con quello socio-assistenziale e quindi i servizi e le attività dei comuni e delle aziende sanitarie. La normativa la definisce «la modalità organizzativa di un ambito territoriale di zona-distretto costituita in forma di consorzio tra l'azienda unità sanitaria locale ed i comuni per l'esercizio associato delle attività sanitarie territoriali, socio-sanitarie e sociali integrate».

Esaminando nel dettaglio le singole AUSL che ora costituiscono l'AUSL Toscana Centro, l'ex AUSL di Firenze vede la presenza di quattro zone-distretto e sei stabilimenti ospedalieri suddivisi in due presidi (Presidio Ospedaliero Firenze I comprendente gli stabilimenti: San Giovanni di Dio, Santa Maria Nuova, Pietro Palagi; Presidio Ospedaliero Firenze II comprendente gli stabilimenti di Santa Maria Annunziata, Serristori e Borgo San Lorenzo); l'ex AUSL di Prato include una zona-distretto e un presidio ospedaliero; quella di Pistoia due zone-Distretto e tre stabilimenti ospedalieri (Presidio Ospedaliero di Pistoia comprendente gli stabilimenti: San Jacopo, SS Cosma e Damiano, Lorenzo Pacini); quella di Empoli due zone-distretto e un presidio ospedaliero (comprendente tre stabilimenti: San Giuseppe, San Miniato e Fucecchio). A questi nove ospedali si aggiunge, nell'area fiorentina, la presenza delle due Aziende Ospedaliero-Universitarie Careggi e Meyer (quest'ultimo rappresenta l'ospedale di riferimento regionale per la pediatria).

**Tabella 3.4 - AUSL Toscana Centro, popolazione servita (2017), caratteristiche struttura organizzativa (2018) e dati economici (2018)**

Popolazione residente		1.627.964
Organizzazione	Dipartimenti	23
	Unità Operative Semplici Dipartimentali	77
	Strutture Complesse	239
	Presidi Ospedalieri	5
	Stabilimenti ospedalieri	10
	Distretti	8
	Personale	15.000
Dimensione economica	Valore della produzione (milioni)	€ 2.990
	Valore della produzione/personale (migliaia)	€ 199

Fonti: Ministero della salute, Atti aziendali

La Tabella 3.4 riporta le caratteristiche, la popolazione servita e la dimensione economica dell'AUSL Toscana Centro.

Si tratta di un'azienda con una prevalente funzione di produzione interna di servizi essendo presenti in Toscana un bassissimo numero di posti letto convenzionati e avendo solamente come altre aziende sanitarie pubbliche l'AOU Meyer e AOU Careggi. Questo dato è sostenuto dall'alto numero di personale dipendente (15.000 unità) e dal basso rapporto, pari a 199.000 euro, tra valore della produzione (quasi tre miliardi di euro) e unità di personale.

Il processo di unificazione delle precedenti aziende sanitarie ha condotto a un notevole ridimensionamento del numero delle strutture che compongono la nuova ASL, come evidenziato in Tabella 3.5. Il numero di dipartimenti è passato da 270 a 239 (-11,5%), quello di Strutture Complesse da 108 a 77 (-28,7%).

**Tabella 3.5 - Processo di fusione AUSL Toscana Centro. Confronto tra numero di Strutture Complesse e Dipartimentali nelle aziende pre-fusione e nell'azienda post-fusione**

	Strutture Complesse	Dipartimenti
Pre (Empoli + Firenze + Pistoia + Prato)	270	108
Post (Toscana Centro)	239	77
Differenza	-31	-31
Differenza %	-11,5%	-28,7%

### *Il caso ASL Città di Torino*

L'ASL Città di Torino è stata costituita il 1° gennaio 2017 come risultato della fusione delle ASL Torino 1 e Torino 2. Si tratta di un'azienda sanitaria metropolitana il cui territorio coincide con quello del comune di Torino (si è operata l'unificazione del territorio urbano in un'unica ASL). La risultante popolazione servita è di 900.000 abitanti. Il DG dell'ASL Città di Torino è stato precedentemente direttore dell'ASL Torino 2 e Commissario straordinario dell'ASL Torino 1 nel periodo di transizione verso l'approvazione della proposta di unificazione da parte del consiglio regionale. La decisione di unificare le due aziende urbane precedenti non origina, infatti, da un disegno pianificato di riorganizzazione del sistema sanitario regionale, quanto piuttosto dalla dimissione improvvisa del DG dell'ASL Torino 1 che ha innescato il processo di fusione e dato vita a un'azienda metropolitana.

È un'azienda sanitaria con una funzione bilanciata di acquisto e produzione di servizi, sul cui territorio è presente una rete di erogatori pubblici (ospedali) e privati convenzionati.

Il personale dipendente è di 5.600 unità, a fronte di un valore della produzione di 1.831 milioni di euro, con un rapporto, pari a 327.000 euro, tra valore della produzione e unità di personale dipendente.

Si compone di tre presidi ospedalieri cittadini (San Giovanni Bosco, – presidio hub –, Maria Vittoria e Martini – presidi spoke), nove Dipartimenti, quattro distretti, 99 Strutture Complesse, 21 Unità Operative Semplici Dipartimentali. I distretti hanno una popolazione media di 221.000 abitanti.

La Tabella 3.6 riporta le caratteristiche, la popolazione servita e la dimensione economica dell'ASL Città di Torino.

**Tabella 3.6 - ASL Città di Torino, popolazione servita (2017), caratteristiche struttura organizzativa (2018) e dati economici (2018)**

Popolazione residente		884.733
Organizzazione	Dipartimenti	9
	Unità Operative Semplici Dipartimentali	21
	Strutture Complesse	99
	Presidi Ospedalieri	3
	Distretti	4
	Personale	5.600
Dimensione economica	Valore della produzione (milioni)	€ 1.831
	Valore della produzione/personale (migliaia)	€ 327

Fonti: Ministero della salute, Atti aziendali

Il processo di riorganizzazione è stato condotto attraverso una riduzione del numero di strutture rispetto al totale delle aziende pre-fusione, come mostrato in Tabella 3.7. In particolare, i dipartimenti sono stati ridotti da 30 a 21 e le Unità Operative Complesse da 105 a 99.

**Tabella 3.7 - Processo di fusione ASL Città di Torino. Confronto tra numero di Strutture Complesse e Dipartimentali nelle aziende pre-fusione e nell'azienda post-fusione**

	Strutture Complesse	Dipartimenti
Pre (Torino 1 + Torino 2)	105	30
Post (Città di Torino)	99	21
Differenza	-6	-9
Differenza %	-5,7%	-30,0%

### 3.2.2 Sintesi e prime osservazioni

La descrizione dei singoli casi ha permesso di delinearne i tratti principali. In modo particolare, l'attenzione si è soffermata sulle caratteristiche del territorio di pertinenza, sul processo di unificazione e sul periodo che l'ha preceduto, sulle modalità di produzione ed erogazione dei servizi da parte delle singole aziende.

Volendo tentare un primo confronto tra i casi analizzati, dal punto di vista delle dimensioni del territorio di riferimento dell'azienda, le aziende Roma 1 e Città di Torino sono urbane, diversamente la Toscana Centro è un'azienda sub-regionale e presenta un'estensione territoriale estremamente più ampia rispetto alle altre due aziende.

In riferimento al numero di strutture che componevano le singole aziende precedentemente alla fusione, emerge che in tutti e tre i casi è stato attuato un importante ridimensionamento, estremamente ampio nell'ASL Roma 1 (-34,6% del numero di UOC e -46,2% delle strutture dipartimentali), e più contenuto nell'Azienda AUSL Toscana Centro (-11,5% del numero di UOC e -28,7% delle strutture dipartimentali) e nell'Azienda Città di Torino (-5,7% del numero di UOC e -30% delle strutture dipartimentali).

Per quanto riguarda il valore della produzione, l'Azienda AUSL Toscana Centro e la Roma 1 hanno un valore della produzione simile (circa 3 miliardi di euro), mentre quello dell'ASL Città di Torino è di circa la metà. Tuttavia, a parità di valore della produzione, l'AUSL Toscana Centro presenta un numero di dipendenti triplo rispetto all'ASL Roma 1 e quindi un rapporto tra valore della produzione e personale pari a un terzo (199.000 euro rispetto a 520.000 euro).

Le motivazioni sono da ricercare nel fatto che l'azienda toscana ha una prevalente funzione di produzione mentre quella romana di acquisto di servizi. Un altro aspetto peculiare è rappresentato dal percorso che ha condotto le aziende alla fusione e dalle fasi che l'hanno preceduto.

In Toscana, la fusione s'inscrive nel quadro di un progetto di riassetto e riorganizzazione dell'intero sistema sanitario regionale, che ha portato alla creazione di tre aziende sub-regionali, dopo una fase intermedia che ha visto la creazione di coordinamenti aziendali, le cosiddette aree vaste.

Nei casi di Roma 1 e Città di Torino, invece, si tratta di fusioni di sole aziende urbane, la cui riorganizzazione non ha coinvolto l'intero sistema sanitario della regione; il processo che ha portato alle due fusioni è stato però diverso. L'ASL Roma 1 è il risultato di un lungo e progressivo processo di fusione guidato da un esplicito disegno istituzionale, nel quale a uno dei direttori delle ex ASL (attuale DG) è stata assegnata la missione di incorporare un ospedale pubblico indipendente e successivamente un'altra ASL al fine di formarne una nuova.

Nell'ASL Città di Torino, invece, il processo di fusione è stato il risultato di una decisione derivante da un evento casuale (ovvero, nello specifico, le dimissioni di un DG dell'altra ASL presente nella città) e non è stato originato, come nei casi precedenti, da un disegno pianificato.

### **3.3 Le principali modificazioni nella struttura organizzativa: l'area del governo aziendale, le linee intermedie e il nucleo operativo**

Il presente capitolo descrive i risultati emersi dall'analisi documentale e dalle interviste ai DG. L'obiettivo è stato quello di ricostruire le logiche che hanno improntato la ristrutturazione dei vertici aziendali e il loro ruolo nel funzionamento aziendale. Le informazioni provenienti dai documenti e dalle interviste sono state analizzate e hanno permesso la ricostruzione della struttura delle nuove aziende anche al fine di evidenziare le principali modifiche con le quali la direzione generale ha scelto di far fronte all'aumento della complessità. La ricostruzione è stata poi discussa e vagliata con i DG.

Per ognuno dei seguenti casi sono descritti l'assetto organizzativo attuale e le modifiche introdotte rispetto alle strutture organizzative precedenti alla fusione, distinte tra due livelli: area del governo aziendale e linee intermedie e nucleo operativo. La ricostruzione da parte del gruppo di ricerca della struttura organizzativa delle aziende è il risultato della sintesi tra gli organigrammi presenti nell'atto aziendale e un confronto con la direzione aziendale al fine di meglio interpretare l'essenza dei ruoli organizzativi e della loro posizione nella struttura – quello che è stato definito dal gruppo di ricerca “coloritura dell'organigramma”.

#### *3.3.1. I casi aziendali*

##### *Il caso ASL Roma 1*

###### *L'area del governo aziendale*

All'interno dell'ASL Roma 1 un primo elemento caratterizzante la nuova struttura organizzativa è la netta separazione, ribadita in molti documenti aziendali, che la direzione ha voluto tracciare tra l'area di governo (e amministrazione) – denominata “servizi centrali” – e l'area di produzione dei servizi per la risposta ai bisogni – chiamata “servizi per i cittadini”. Più precisamente, tra i primi, inseriti in posizione di staff nella struttura aziendale, rientrano i seguenti dipartimenti: il Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo, il Dipartimento Amministrativo, il Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, il Dipartimento Tecnico Professionale e il Dipartimento di Epidemiologia.

Come recita l'atto aziendale: «La promozione di processi e attività efficienti e di qualità, sia dal punto di vista assistenziale che amministrativo-gestionale, l'appropriatezza degli interventi sanitari, la disponibilità di personale valido e con alti livelli di motivazione, il coinvolgimento e la partecipazione dei cittadini e la ricerca di innovazione, sono le logiche fondanti del nuovo modello organizzativo che si sostanziano e si traducono in un'azione di valore, sia nei confronti dei cittadini che nei confronti dell'organizzazione stessa. In tale prospettiva, vengono pertanto individuati i Servizi Centrali, che creano valore per l'organizzazione, e i Servizi ai Cittadini che creano valore per il cittadino». Nel quadro di questa separazione vale la pena segnalare due elementi di particolare interesse.

Il primo è l'inserimento di un nuovo dipartimento, denominato Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo, dove vengono raccolte tutte le competenze critiche per il governo del processo di cambiamento in cui è impegnata l'azienda e il DG in prima persona.

Il secondo è l'interpretazione del ruolo del Dipartimento Amministrativo che va al di là dalle tradizionali logiche di sola tecnostuttura di supporto, per usare la terminologia di Mintzberg (1979), per assumere un ruolo maggiormente orientato al supporto diretto delle funzioni di governo aziendale.

#### *Le linee intermedie e il nucleo operativo*

Gli assi portanti della nuova struttura organizzativa di livello intermedio sono i dipartimenti (e le aree) al cui interno sono collocate tutte le funzioni di erogazione dei servizi.

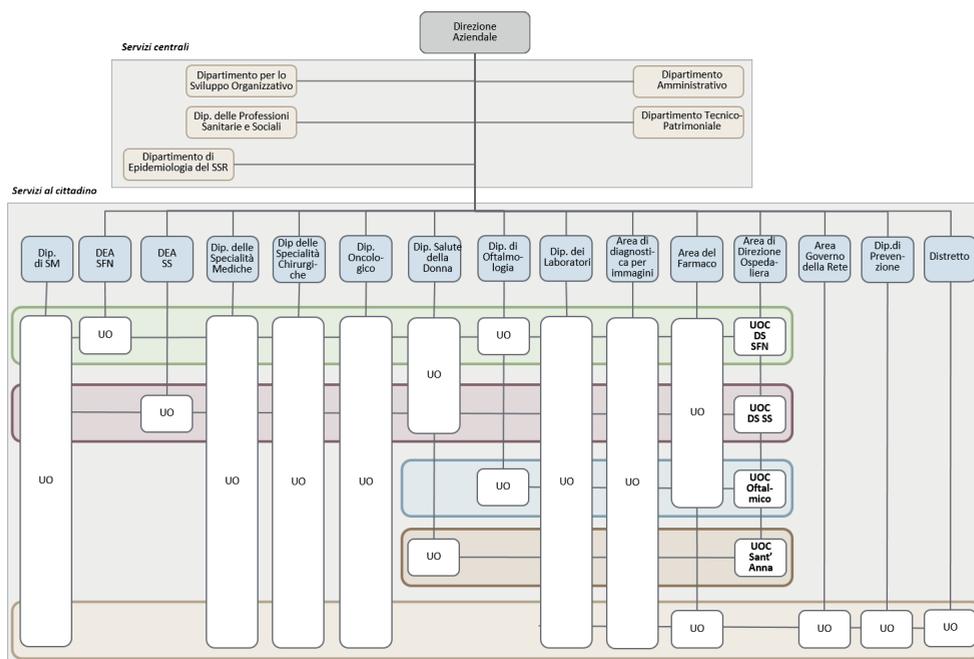
Rispetto alle precedenti strutture organizzative, all'interno dei dipartimenti è stata integrata la specialistica ambulatoriale e sono stati aggiunti il Dipartimento dei Laboratori, l'Area Diagnostica e l'Area Farmaco (a funzione gestionale).

Per fare un esempio, nell'ASL Roma E, l'area dei laboratori (con le Strutture Complesse di Microbiologia e Virologia, Patologia Clinica, Anatomia Patologica e Medicina TrASFusionale) era posizionata all'interno del Dipartimento dei Servizi, mentre nell'attuale ASL ne è stata scorporata ed è stato creato un dipartimento dedicato (al cui interno si trovano le Strutture Complesse di Microbiologia e virologia, Patologia Clinica, Anatomia Patologica, Centro di Produzione di Emocomponenti e la Patologia Clinica del Nuovo Regina Margherita).

Il distretto ha assunto una forma più autonoma con l'istituzione al suo interno di tre Strutture Complesse proprie che, in precedenza, non erano presenti (ovvero Accoglienza, tutela e promozione della salute; Analisi dei bisogni, programmazione e committenza; Percorsi per cronicità, disabilità adulti e non autosufficienza).

Nella precedente struttura le UOC erano invece Strutture Complesse trasversali, comuni ai quattro distretti. La Figura 3.1 mostra la struttura organizzativa dell'ASL Roma 1.

**Figura 3.1 - Ricostruzione della struttura organizzativa dell'ASL Roma 1 da parte del gruppo di ricerca**



**Nota:** in orizzontale, all'interno del riquadro "Servizi al cittadino" sono raffigurati prima i dipartimenti, in seguito i presidi (riquadri orizzontali) e, infine, i distretti (ultimo riquadro orizzontale, che rappresenta i sei distretti collegati alle altre strutture). All'interno dei riquadri di ciascun presidio ospedaliero (in ordine dall'altro verso il basso: San Filippo Neri, Santo Spirito, Oftalmico, Sant'Anna) e distrettuale sono posizionate le UO di cui si compongono. Le UO raffigurate in caselle di forma allungata evidenziano la presenza di unità operative trasversali a più presidi (per semplicità ne sono raffigurate solo alcune rispetto a quelle realmente presenti in ogni dipartimento). Per fare un esempio, il Dipartimento delle Specialità Mediche, nella figura viene rappresentato come una UO con una forma allungata, perché è trasversale ai presidi SFN, SS e ai distretti, è composto in realtà da più UO trasversali e di altre (non rappresentate) ubicate nelle singole strutture.

**Acronimi e abbreviazioni:** Dipartimento (Dip); Dipartimento di Emergenza-urgenza (DEA); Direzione Sanitaria (DS); San Filippo Neri (SFN); Salute Mentale (SM); Santo Spirito (SS); Servizio Sanitario Regionale (SSR); Unità Operative (UO); Unità Operative Semplici (UOS); Unità Operative Complesse (UOC); Unità Operative Semplici Dipartimentali (UOSD).

Le interviste realizzate hanno consentito di attribuire la scelta alla configurazione territoriale della nuova ASL che, più ampia e variegata, esige la centralità dell'azione nel governo del territorio.

Per ciascuna delle Unità Operative Complesse in cui si articolano i Distretti sono comunque previste funzioni di coordinamento inter-distrettuali al fine di garantire omogeneità dei servizi e processi di riorganizzazione aziendali comuni.

Un altro elemento di novità si trova nella forma organizzativa matriciale creata tra presidi e distretti.

Soffermandosi sui cambiamenti interni alle unità operative, si rileva in particolare il cambiamento del Dipartimento di Salute Mentale che è stato modificato con l'aggiunta di due Strutture Complesse: la Neuropsichiatria Infantile e la presa in carico delle Dipendenze, che nel modello della ASL Roma E non facevano parte di tale dipartimento.

### *Il caso AUSL Toscana Centro*

#### *L'area del governo aziendale*

A livello di vertice strategico, la risposta all'aumento delle dimensioni si è concretizzata con la decisione di realizzare una più compiuta divisionalizzazione, che ha spostato la gestione della complessità interna sulle linee operative e comportato un decongestionamento nelle funzioni della direzione aziendale.

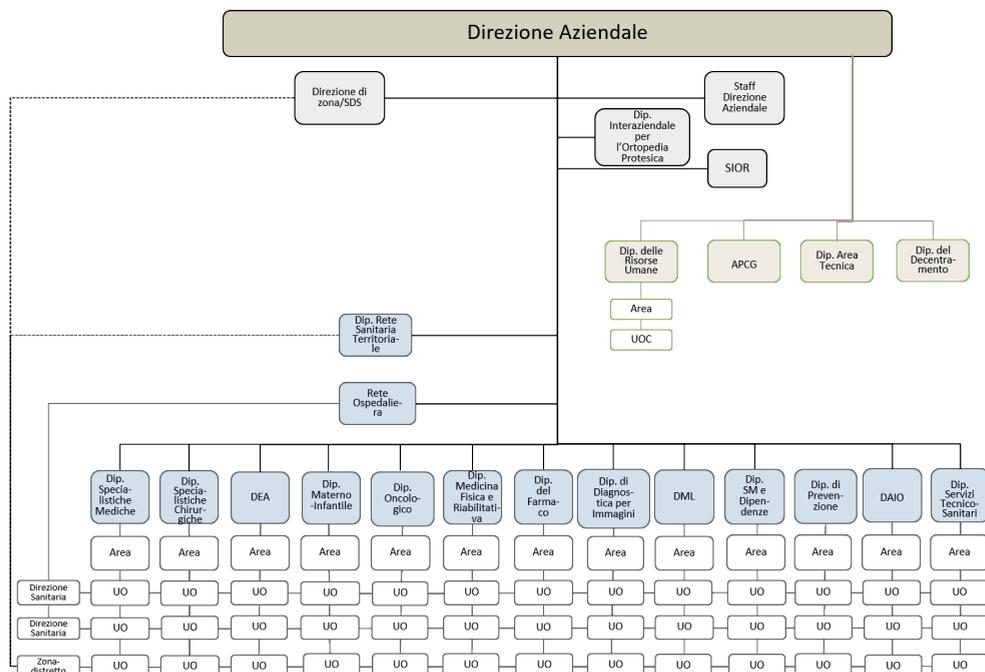
A livello di strutture di staff e amministrazione, si è assistito alla creazione di quattro dipartimenti (Dipartimento delle Risorse Umane; Dipartimento Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione; Dipartimento Area Tecnica e Dipartimento del Decentramento) in una logica di specializzazione delle linee amministrative.

È stato creato inoltre il Dipartimento di Medicina Generale, posto in staff alla direzione aziendale. Il Dipartimento infermieristico e ostetrico e quello tecnico sanitario hanno inoltre assunto una più forte impronta gestionale.

Infine, è stato nominato un Direttore di rete ospedaliera (posto in posizione di staff rispetto alla direzione aziendale) in cui confluiscono le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri e delle zone-distretto. Si attua, in questo modo, un coordinamento delle reti su base geografica focalizzata sulle "piattaforme erogative".

La necessità di rendere più snello il governo unitario si è tradotta in un allungamento delle linee operative da una parte e nell'adozione di logiche di struttura a matrice dall'altra. La Figura 3.2 mostra la struttura organizzativa dell'AUSL Toscana Centro.

**Figura 3.2 - Ricostruzione della struttura organizzativa dell'AUSL Toscana Centro da parte del gruppo di ricerca**



**Nota:** la parte alta della figura mostra, sotto alla direzione aziendale, le strutture in staff alla direzione e, nella parte destra, le strutture afferenti al direttore amministrativo (DA). Nella figura il DA non è visibile perché incorporato nella direzione aziendale, così come il direttore sanitario e quello dei servizi sociali. Più in basso in orizzontale sono allineati i dipartimenti, poi le aree, quindi UO o UFC. Per semplificare la raffigurazione, ogni dipartimento è composto di una sola area e una sola UO. All'estrema sinistra della figura sono rappresentate due direzioni sanitarie di presidio e una zona-distretto (a titolo di esempio delle undici DS e delle nove ZD) che si relazionano a costituire una struttura matriciale con le UO. Le linee orizzontali di congiungimento tra UO di diversi dipartimenti e direzioni sanitarie indicano la suddivisione delle UO secondo un criterio geografico, ovvero di afferenza ai singoli presidi. La struttura dipartimentale illustrata è, per necessità dettate dai vincoli della rappresentazione grafica, un modello della reale organizzazione, dal punto di vista di numerosità delle aree e delle UO. È stata infatti privilegiata la precisione nella disposizione gerarchica tra gli elementi a scapito di quella quantitativa. Per esempio, il Dipartimento delle Specialistiche Mediche è rappresentato nella figura con una sola area e un'UO per ciascun presidio, quando le aree sono in totale quattro, ognuna delle quali ha da quattro a nove strutture operative complesse (UOC).

**Acronimi e abbreviazioni:** Amministrazione, pianificazione e controllo di gestione (APCG); Dipartimento (Dip.); Dipartimento Emergenza-Urgenza e Area Critica (DEA); Dipartimento Medicina di Laboratorio (DML); Dipartimento Assistenza Infermieristica e Ostetrica (DAIO); Direzione Sanitaria (DS); Società della Salute (SDS); Sistema Integrato Ospedali Regionali (SIOR); Salute Mentale (SM); Unità Operative (UO); Unità Operative Complesse (UOC); Zona-distretto (ZD).

## *Il caso ASL Città di Torino*

### *L'area del governo aziendale*

Una prima modifica riguardante la nuova struttura organizzativa rispetto alle precedenti due ASL oggetto di fusione discende dall'esigenza del DG di rafforzare la capacità di governo a livello di vertice strategico.

Nell'ASL Città di Torino, ciò si è tradotto in una riconfigurazione che può essere considerata una sorta di allargamento, che ha visto la nomina di due coordinatori delle linee (uno per i presidi ospedalieri e uno per i distretti) e di tre coordinatori di staff (Funzioni di pianificazione e sviluppo, Funzione di supporto e Funzione di gestione e controllo). Tali figure sono nominate dal direttore generale in un'ottica di rafforzamento delle capacità di governo. Come si legge infatti nell'atto aziendale, mentre ai tre organi di governo dell'azienda è affidata la funzione di indirizzo strategico, i cinque coordinatori supportano la direzione generale. Inoltre, è stata ulteriormente potenziata la possibilità d'intervento diretto da parte della direzione generale, oltre che attraverso i coordinatori suddetti, attraverso l'inserimento di ruoli con mandati *ad hoc* della direzione su «processi/progetti aziendali rilevanti e/o critici»; per esempio, la riorganizzazione della rete oncologica, lo sviluppo delle cure palliative, la rete endocrino-diabetologica e la gestione delle liste d'attesa sono attività che richiedono un forte mandato da parte del DG dal momento che coinvolgono diversi ambiti e servizi dell'azienda.

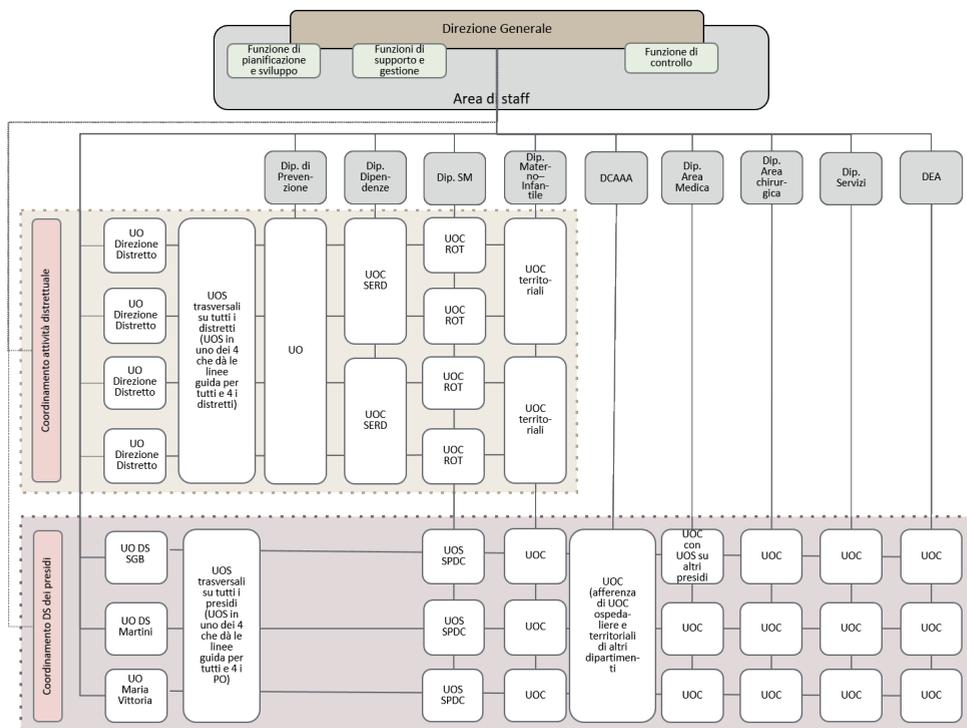
Nell'attuazione del decentramento «il DG può affidare mandati su tematiche specifiche e rilevanti a persone, indipendentemente dal ruolo ricoperto e dall'ambito aziendale in cui svolgono la propria attività, esperte nella materia oggetto di mandato o in possesso di capacità organizzativo-gestionali adeguate al mandato stesso»<sup>6</sup>.

Gli organi di staff e le *line* amministrative sono raggruppate in tre funzioni principali (Funzione di pianificazione e sviluppo, Funzione di supporto e gestione e Funzione di controllo). In particolare, se la prima funzione (quella di pianificazione e sviluppo) è più chiaramente connotata in termini di staff alla direzione generale, le altre due sono più collocabili nelle logiche delle *line* amministrative, anche se al loro interno mantengono alcune funzioni di staff. La Figura 3.3 mostra la struttura organizzativa dell'ASL Città di Torino.

---

<sup>6</sup> Atto aziendale dell'azienda Città di Torino.

**Figura 3.3 - Ricostruzione della struttura organizzativa dell'ASL Città di Torino da parte del gruppo di ricerca**



**Nota:** nella parte alta della figura, alla direzione generale si associano i coordinamenti con funzioni di pianificazione e sviluppo, di supporto e gestione e di controllo nonché quelli dell'attività distrettuale e quelli di direzione sanitaria dei presidi (rappresentati nella figura all'estrema sinistra, in verticale). Spostandosi verso il basso, in orizzontale, sono allineati i dipartimenti. In seguito, confinate in due riquadri tratteggiati separati, si trovano le strutture distrettuali (nella parte superiore) e quelle ospedaliere (nella parte inferiore). Al loro interno, rispettivamente in alto e in basso, nella parte sinistra, sono posizionati i quattro distretti e i tre presidi ospedalieri; procedendo verso destra, le figure UO allungate indicano unità semplici e complesse di ciascun dipartimento, trasversali a più distretti o presidi. Non sono, tuttavia, raffigurate tutte le UO che costituiscono i dipartimenti nella reale struttura aziendale.

**Acronimi e abbreviazioni:** Dipartimento (Dip.); Dipartimento di Continuità Assistenziale dell'Adulto e dell'Anziano (DCAAA); Dipartimento di Emergenza-urgenza (DEA); Direzione Sanitaria (DS); Presidio Ospedaliero (PO); Rete Ospedale Territorio (ROT); San Giovanni Bosco (SGB); Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC); Unità Operative (UO); Unità Operative Complesse (UOC); Unità Operative Semplici (UOS).

### *Le linee intermedie e il nucleo operativo*

Dal punto di vista delle linee intermedie è stata attuata una separazione tra comparto ospedaliero e territoriale. Sono stati nominati due coordinatori, uno di presidio e uno dell'attività territoriale.

All'interno dei dipartimenti sono stati nominati dei coordinatori per ogni presidio (da affiancare al direttore di dipartimento). In questo modo, per esempio, all'interno del Dipartimento di Area Medica il direttore è “supportato nel governo” delle Strutture Complesse, semplici dipartimentali e semplici da un unico coordinatore per ogni presidio.

A livello distrettuale, infine, si è attuata una matricializzazione: i quattro distretti presenti nella precedente struttura organizzativa sono diventati quattro Strutture Complesse da cui dipendono Strutture Semplici trasversali a tutti i distretti. Le Strutture Semplici distrettuali sono sette (Residenzialità Anziani; Disabilità; Specialistica ambulatoriale e Rapporti MSA-medici specialisti ambulatoriali; Rapporti con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta; Continuità Assistenziale; Cure Domiciliari; Privati Accreditati).

### *3.3.2 Sintesi e prime osservazioni*

Volendo effettuare una prima comparazione rispetto ai cambiamenti avvenuti nella struttura organizzativa delle tre ASL, possiamo notare che i tre casi hanno scelto di far fronte alla nuova complessità aziendale, derivante dalla fusione, con interventi su livelli organizzativi diversi delle proprie strutture.

L'ASL Città di Torino ha scelto di modificare principalmente l'area di governo aziendale aumentando la capacità di intervento diretto del vertice strategico sulla struttura aziendale. Questo intervento è stato attuato attraverso l'introduzione di nuovi ruoli di coordinamento e di ruoli con mandati *ad hoc* a supporto del vertice aziendale.

L'AUSL Toscana Centro ha invece optato per la scelta di “divisionalizzare” la struttura organizzativa, attraverso una modifica nelle linee intermedie. Si è scelto di allungare la catena di comando per mezzo dell'inserimento nelle linee intermedie di nuovi ruoli, le aree, con conseguente decongestionamento delle funzioni del vertice strategico.

Gli staff sono stati il livello organizzativo prioritario su cui si sono concentrate le modifiche effettuate nell'ASL Roma 1. Ciò è avvenuto principalmente mediante la creazione di un nuovo dipartimento (Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo) che supporta il vertice aziendale nelle scelte strategiche e una maggiore specializzazione delle linee amministrative.

La Tabella 3.8 confronta in modo sintetico gli interventi effettuati dalle singole aziende sulla struttura organizzativa suddivisi per livelli organizzativi: area del governo aziendale, staff e amministrazione e linee operative.

**Tabella 3.8 – Principali cambiamenti nella struttura organizzativa**

Livelli organizzativi	Roma 1	Città di Torino	Toscana Centro
Area del governo aziendale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Evoluzione dei ruoli in un vertice già consolidato.</li> <li>- Maggiore contributo e supporto degli staff al vertice e alle funzioni di governo.</li> <li>- Più netta separazione tra area del governo (e amministrazione) e area di risposta ai bisogni.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allargamento e riconfigurazione del vertice strategico.</li> <li>- Aumento della sua capacità di intervento diretto attraverso l'introduzione di ruoli di coordinatori e di ruoli con mandati <i>ad hoc</i>.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Più compiuta divisionalizzazione che ha spostato la gestione della complessità interna sulle linee operative.</li> <li>- Decongestionamento nelle funzioni del vertice strategico.</li> </ul>
Staff/ Amministrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Concentrazione delle funzioni di supporto (Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo).</li> <li>- Specializzazione delle linee amministrative.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Divisionalizzazione delle funzioni di supporto in tre staff.</li> <li>- Negli staff integrazione staff/amministrazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Specializzazione delle linee amministrative.</li> <li>- Inserimento nuovi staff.</li> </ul>
Linee operative	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trasversalità e continuità ospedale-territorio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Separazione tra ospedale e territorio (con Strutture Semplici trasversali sui distretti).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inserimento di una linea intermedia (le aree).</li> <li>- Trasversalità e continuità ospedale-territorio.</li> </ul>

### 3.4 Il *middle management*: il processo decisionale e relazionale-informativo

#### 3.4.1 I casi aziendali

Nel presente paragrafo sono sintetizzati i risultati delle interviste effettuate ai MM delle tre aziende con l'obiettivo di verificare se ci sono stati cambiamenti nel ruolo del MM in conseguenza dei processi di fusione.

Per ogni caso viene prima riportata un'analisi della percezione dei MM sui cambiamenti dell'ambiente che possono avere avuto delle implicazioni sul ruolo manageriale. Sono cioè riportati i fabbisogni emersi dopo la fusione, in relazione agli aspetti manageriali del ruolo ovvero quelli che potrebbero essere considerati i presupposti che hanno permesso la modifica del ruolo manageriale. Successivamente sono riportate le informazioni raccolte relativamente alle componenti del ruolo manageriale (decisionale, relazionale e informativa) sulla base del modello proposto da Mintzberg (1973), per i cui dettagli si rimanda al capitolo precedente. Al fine di interpretare meglio i dati emersi nelle interviste, riguardo alla dimensione decisionale abbiamo considerato anche la natura delle decisioni e quindi il ruolo svolto dalle persone. Sono state inoltre considerate

congiuntamente le dimensioni relazionale e informativa. In seguito è stato effettuato un confronto tra i risultati emersi relativamente alle diverse figure professionali e ai tre casi.

### *Il caso ASL Roma 1*

Nel caso dell'ASL Roma 1, il cambiamento della struttura organizzativa, avvenuto con la fusione delle aziende Roma A e Roma E, è stato limitato. Possiamo parlare a tal proposito di isomorfismo organizzativo nella macrostruttura. In alcune unità non sono state rilevate particolari modifiche nemmeno a livello microstrutturale, mentre in altre vi sono stati dei cambiamenti in questo senso.

La nuova architettura aziendale viene percepita dai MM come una redistribuzione di responsabilità dal DG ai livelli intermedi. Questi ultimi si sentono investiti di maggiore responsabilità e di un ruolo di coordinamento che prima non avevano, in parte anche legato all'aumento dei volumi di attività e alla ricerca di economie di scala, che peraltro rappresentano uno degli obiettivi delle fusioni aziendali.

L'aumento dimensionale produce infatti, specialmente nelle unità amministrative, un duplice effetto: da una parte, come si è visto, aumenta la responsabilità affidata all'unità operativa in termini di risultati complessivi da ottenere, dall'altra favorisce la tendenza alla specializzazione su base tecnico-funzionale.

L'insieme dei due fenomeni comporta quasi inevitabilmente un paradossale effetto di aumento della distanza tra la responsabilità affidata al vertice (di natura complessiva e sui risultati prodotti) e quella di natura più tecnica legata ai singoli processi che contraddistinguono i livelli e le partizioni subordinati. Tale aumento di distanza deve necessariamente trovare compensazione nella capacità del MM di "chiudere il cerchio" tra risultati parziali e risposte complessive.

*Più che aumento dimensionale, c'è stato un importante aumento delle responsabilità nei confronti di tutti gli stakeholder. Ora competono a me molte più responsabilità che prima afferrivano direttamente al DG (Direttore distretto).*

*Il Direttore del dipartimento ha avuto storicamente un ruolo solo notarile e di coordinamento, ora invece è chiamato a rappresentare l'anello tra il vertice e il livello operativo, in aziende che dovranno assumere una struttura dipartimentale (Direttore dipartimento).*

*Non c'è stato un grosso aumento delle unità di personale, ma piuttosto di mole e volumi di lavoro. Il grande aumento di carico di lavoro genera scadenze e ritardi (Direttore dipartimento).*

Inoltre, il cambiamento in atto e l'unificazione aziendale ancora in corso sono visti come elementi di ulteriore complessità che determinano un intreccio tra gestione ordinaria e gestione straordinaria. Si registra un clima di attesa e fiducia sui meccanismi operativi e il consolidamento di questi nella futura azienda, sebbene il completamento e il perfezionamento dell'operazione di fusione rappresentino un orizzonte ancora non prossimo.

*Solo ora inizio a sentirmi parte dello schema della fusione (Direttore UOC).*

Il tempo dedicato alla componente manageriale diviene quindi inevitabilmente preponderante nella giornata lavorativa del MM. Nonostante ciò, il MM, pur in condizioni di estremo impegno lavorativo, si ritaglia del tempo per l'attività professionale qualora essa sia considerata da lui non delegabile o perché è per lui di particolare interesse o perché valuta che non ci siano soggetti su cui riporre adeguata fiducia.

La difficoltà di delegare la componente professionale del proprio ruolo è particolarmente evidente per i MM di estrazione clinica, ma lo stesso si evidenzia anche, seppur in forma diversa, nel caso di MM di matrice amministrativo-gestionale. In quest'ultimo caso a essere compressa è la componente strettamente tecnica, legata a competenze di natura amministrativa, a favore della componente manageriale legata alla conduzione dell'unità.

*Attualmente ho rinunciato a pezzi significativi di operatività diretta e supervisione. Faccio ancora qualcosa più che altro perché mi piace, ma in generale ho delegato la partecipazione diretta (Direttore UOC).*

*Ovviamente all'aumentare della dimensione e della complessità, oltre che alla presenza di più presidi lontani tra loro, in cui svolgo attività, ho dovuto ridimensionare il tempo che dedico all'attività professionale e fare aggiustamenti e incastri per riuscire a mantenere delle attività (Direttore UOC).*

*Partecipo in prima persona a questa attività distrettuale, non delego, perché credo molto nel buon funzionamento (Direttore distretto).*

*Prima avevo il tempo di documentarmi personalmente, facevo ricerche, leggevo, stavo in prima linea. Ora non è più possibile (Direttore UOC).*

*Le conseguenze sul piano decisionale e relazionale-informativo*

*La dimensione decisionale*

Gli elementi di complessità finora descritti hanno inevitabilmente determinato una dilatazione dei tempi tecnici del processo decisionale, sia per il reperimento di dati sia per la necessità di coinvolgere un numero maggiore di *stakeholder*.

*È presente ora una maggiore complessità, anche in conseguenza del fatto che le unità organizzative sono collocate all'interno di una struttura matriciale (Direttore distretto).*

*L'aumento della complessità organizzativa ha portato a un rallentamento dei processi decisionali (per esempio tempi tecnici maggiori per l'approvazione degli atti formali) poiché si devono tener presenti commenti e osservazioni di più persone (Direttore UOC).*

L'allungamento dei tempi del processo decisionale si ripercuote sulla possibilità di programmazione e fa emergere la natura, tipica del MM, di lavoro estremo con competitive priorità e con difficoltà nel predire gli eventi. Questo determina un'intensificazione ed estensione dell'impegno lavorativo e una focalizzazione sulle priorità "più alte" del proprio ruolo.

*Si lavora nell'urgenza, senza programmare, con difficoltà nel mettere insieme progetti nuovi nel tempo di lavoro (Direttore UOC).*

*Devo mettere le cose in fila perché sono tante, con la necessità di stabilire un ordine di priorità, pur trovandomi in ritardo (prima non succedeva) (Direttore UOC).*

I MM, tuttavia, avvertono come fondamentale un maggior ricorso alla delega, sia per trovare un aiuto operativo sia come appoggio con il quale condividere le scelte per far fronte alla solitudine del *management* (collegialità) e alla compartimentalizzazione delle competenze conseguente all'aumento dimensionale.

*Ora mi affido ai collaboratori, in cui ho molta fiducia, essendo costretto a delegare di più, con la consapevolezza di essere interpellato e maggiormente coinvolto se ci sono difficoltà (Direttore UOC).*

Tuttavia, da un lato, non sempre i *middle manager* trovano nei subordinati un valido sostegno, forse per la carenza di capacità manageriali in soggetti dedicati prevalentemente agli aspetti clinici, dall'altro non hanno ancora pienamente maturato la necessaria fiducia nel nuovo contesto organizzativo e nel suo funzionamento.

*Nell'ambiente non c'è tra i medici uno che possa assumersi la responsabilità. Quindi, non posso pienamente delegare e fidarmi (Direttore UOC).*

*Non mi è possibile per ora delegare di più, perché mi sono trovato in una realtà che non conoscevo. I cambiamenti non hanno consentito la delega (Direttore UOC).*

*Non sono riuscito a individuare un collaboratore, una persona di fiducia e vero supporto, quasi pari tra i dipendenti (Direttore UOC).*

*La dimensione relazionale-informativa*

L'aumento del carico di lavoro finora descritto è anche un riflesso della necessità di potenziare l'aspetto relazionale. Il ruolo del manager dal punto di vista del processo relazionale si focalizza su tre principali aspetti: il ruolo di *leadership* nei confronti dei subordinati, il ruolo relazionale (*liaison role*) verso i pari (*peer*) e infine il ruolo formale di rappresentanza.

Dal punto di vista delle relazioni verso il basso, il MM è chiamato a esercitare la propria *leadership*, non solo per la gestione di lamentele e conflitti, ma anche per motivare, allineare gli obiettivi del singolo a quelli dell'organizzazione e dare il senso (*sensemaking*).

*C'è maggiore necessità di competenze relazionali e diplomatiche per la gestione delle lamentele (Direttore UOC).*

*È aumentato il livello di relazioni con gli operatori, ci si sente più spesso per un confronto, con maggior tempo speso nelle relazioni interpersonali e nelle riunioni (Direttore UOC).*

Anche nei confronti dei *peer* vi è un potenziamento del *liaison role* che in parte si sostituisce al rapporto diretto con la direzione aziendale.

*Ci sono dei ruoli organizzativi intermedi con cui io mi relazio spesso. Prima, invece, avevo un rapporto più diretto con il direttore generale (Direttore UOC).*

Inoltre, il MM assume un ruolo di rappresentanza («portavoce») sia della propria struttura organizzativa nei confronti dell'interno dell'azienda, agendo come "sistema nervoso" dell'intera organizzazione, sia dell'azienda stessa nei confronti dell'esterno, verso cui filtra e veicola informazioni. Diventano per lui importanti non solo l'agire e il decidere, ma anche l'esserci, come fonte di credibilità e di importanza.

Per quanto riguarda le modalità, la tipologia e la qualità delle relazioni, i MM notano come queste siano in parte ostacolate dal processo di fusione in atto che deve ancora trovare dei canali condivisi di comunicazione. Inoltre, le relazioni dirette sono rese più difficili dall'aumento dimensionale e dall'estensione geografica delle nuove aziende.

*L'intensità e la qualità del rapporto con i subordinati sono cambiate, sia per l'aumento del numero e delle attività da svolgere sia perché non è avvenuto un accorpamento del personale, che rimane dislocato in più sedi (Direttore UOC).*

Sebbene le relazioni personali siano aumentate, l'aumento delle dimensioni e della complessità ha reso necessaria la focalizzazione dei temi e la selezione dei

membri con cui condividere le informazioni, per alleggerire il processo informativo, relazionale e quindi decisionale.

*Prima davo molta più importanza alle riunioni ecumeniche per creare gruppo e coinvolgere tutti. Ora preferisco fare riunioni più focalizzate, per evitare comportamenti difensivi e di chiusura (Direttore UOC).*

Il processo informativo viene percepito come più lungo e complesso a causa di un maggior numero di soggetti da coinvolgere.

*È aumentato il tempo necessario per la raccolta di dati e di informazioni (Direttore UOC).*

Spesso, inoltre, il manager non è più coinvolto in prima persona in questo processo, che viene principalmente gestito tramite delega.

#### *Il caso AUSL Toscana Centro*

Nell'organigramma dell'azienda Toscana Centro, dal punto di vista macrostrutturale, è stato inserito un livello intermedio, costituito dalle Aree; ciò non ha comunque inteso indebolire la figura del direttore del dipartimento che è un livello organizzativo.

*C'è ora un livello aggiuntivo, intermedio, tra il direttore di dipartimento e i direttori di struttura complessa, che non impedisce, tuttavia, il contatto diretto del direttore [di dipartimento, N.d.R.] con le strutture (Direttore dipartimento).*

*Finora, la strategia aziendale è stata di favorire e di dare preminenza alla linea dipartimentale e quindi al direttore di dipartimento, che è quello che decide. I direttori sanitari di presidio sono rimasti un po' schiacciati in questo modello. Hanno il compito di coordinare le singole unità all'interno del presidio, cioè della struttura murale, anche se in parte questo avviene già a livello di dipartimento. Il loro ruolo si è, quindi, un po' ridotto. Sono legati più all'edificio fisico, che all'organizzazione nel suo complesso (Direttore dipartimento).*

Al direttore dell'area sono delegate responsabilità di tipo più gestionale e un'importante attività di filtro tra i direttori di UOC e il direttore di dipartimento, mentre al direttore di dipartimento rimane un importante ruolo d'integrazione della strategia di dipartimento con quella aziendale.

*Il DG da me si aspetta un ruolo strategico, oltre che gestionale e amministrativo. Ora faccio di più quello che avrei dovuto fare prima: le attività che competono a un capo di dipartimento, ovvero il supporto strategico alla direzione (Direttore dipartimento).*

Non solo il direttore di dipartimento condivide la *mission* del DG, ma pare anche disposto, in qualche modo, a “sacrificarsi” per essa.

*Avere un ruolo così apicale implica necessariamente non solo la condivisione del modello generale ma anche di esserne fermi sostenitori. Se non credessi al modello, non avrei potuto accettare di occupare questo ruolo, anche tenendo conto che il mio stipendio è sicuramente diminuito, avendo dovuto rinunciare all'attività libero-professionale (Direttore dipartimento).*

Per quanto riguarda la tensione verso ruoli di *management* sempre più puri, tale processo, sebbene in atto, è rallentato dalla convinzione, diffusa specialmente tra i clinici, della non necessità nonché della impossibilità, perlomeno in questa fase iniziale di fusione, di abbandonare completamente la componente clinica. Sempre secondo alcuni MM, i professionisti clinici, ancor più se altamente specializzati, paiono non riconoscere la *leadership* di figure esterne al proprio ambiente professionale.

*Nel mondo clinico e in particolare in quello chirurgico, la gerarchia reale non corrisponde a quella dell'organigramma. I professionisti non possono essere gestiti in modo adeguato da una figura professionale non riconosciuta. Comando con l'esempio, non chiedo mai a nessuno di fare cose che io non faccio. Ecco perché, sicuramente in questa fase, è fondamentale che il direttore di dipartimento sia anche un tecnico esperto (Direttore dipartimento).*

*Non credo, anche se qualcuno la pensa diversamente, che il mio ruolo debba diventare esclusivamente quello di direttore di dipartimento, azzerando la componente clinica. Perché creare dei direttori di dipartimento che sono dei piccoli direttori sanitari porterebbe a svuotare il contenuto e il significato del dipartimento, allontanando il direttore da quello che sta governando con il rischio che non sia più riconosciuto dai professionisti (Direttore dipartimento).*

Più apertura nei confronti di ruoli puri è mostrata dai dirigenti amministrativi.

*Non sono mai stato un dirigente che entrava troppo nell'operatività a differenza di quanto faceva il mio ex direttore che impiegava ore nel monitoraggio e nell'analisi, svolgendo un ruolo completamente operativo. Ho dovuto far cambiare modo di lavorare ai miei subordinati al fine di aumentare la loro responsabilizzazione (Direttore dipartimento).*

*Le conseguenze sul piano decisionale e relazionale-informativo*

*La dimensione decisionale*

L'aumento dimensionale in sé non è stato percepito come problematico dai MM e, anzi, è stato visto come un'opportunità di condivisione e crescita professionale e culturale, di miglioramento e standardizzazione del livello di assistenza,

anche grazie all'aumento della casistica che permette da un lato di potenziare le singole specializzazioni, dall'altro di avere a disposizione dati di attività più solidi su cui basare le decisioni.

*Faccio girare i professionisti medici, anestesisti, chirurghi tra i vari presidi, poiché ritengo che sia il modo migliore per portare la standardizzazione all'eccellenza. Ritengo, quindi, che questo nuovo modello abbia indubbiamente comportato un miglioramento del livello, così come un miglioramento del modello organizzativo (Direttore dipartimento).*

*In generale, i vantaggi sono di tipo culturale. Abbiamo molta casistica in più, così da poter ragionare con numeri davvero aumentati, con la possibilità che i sottogruppi specializzati in singoli settori della materia facciano da traino per gli altri (Direttore area).*

*Un'idea di coordinamento di area vasta che ha permesso di ottenere risultati importanti in termini di percorsi, di progettualità, formazione. Facciamo formazione unica anche in tele-conferenza. Abbiamo disegnato una serie di PDTA, per tutta l'area vasta (Direttore UOC).*

Più che l'aumento dimensionale, a impattare sul sistema di decisione è stata la percezione dell'eccessiva velocità del cambiamento, che non ha dato il tempo di definire in modo chiaro le regole del gioco e di redistribuire il potere e i ruoli di ciascuno (*fine tuning*).

*La suddivisione delle funzioni tra direttori di dipartimento non è ancora chiaramente definita (Direttore dipartimento).*

*La criticità è stata la velocità: ci vuole tempo per sviluppare consapevolezza. Non è la complessità numerica a richiedere tempo. La soluzione è trasversalizzare, specializzare e dare a ogni realtà territoriale una propria identità (Direttore dipartimento).*

*L'idea è ottima e andava realizzata anche prima, ma è stata improvvisata e ciò è apparso chiaro agli operatori. Ci hanno dato sei mesi, che potenzialmente avrebbero anche potuto essere sufficienti, se fossimo stati completamente full digital (Direttore dipartimento).*

Al fine di ridurre il carico decisionale è fondamentale per i MM la capacità di delega ed è altrettanto centrale la fiducia nelle persone.

*Ho piena fiducia nell'operato dei responsabili delle singole strutture e delle linee di attività, e cerco di interferire il meno possibile nella conduzione quotidiana delle loro attività (Direttore UOC).*

Il meccanismo di delega di responsabilità comunque non pare aver sempre funzionato, poiché non sempre i MM sono stati capaci di delegare le responsabilità.

*Il meccanismo si inceppa qualora la persona non si senta in grado di fare e si rivolga direttamente al DG, per esempio, o dia la colpa a qualcuno, per l'incapacità di responsabilizzarsi. A quel punto non si riesce a gestire la catena. Quindi, è un problema di capacità di delega e di responsabilità (Direttore dipartimento).*

Nel momento in cui viene concessa la delega al direttore del dipartimento rimane il ruolo di supervisione e monitoraggio delle attività.

*Io vado in tutte le sedi ospedaliere che fanno parte del dipartimento. Quando mi reco nei vari presidi, colgo l'occasione per coordinare, presidiare, controllare l'attività, evidenziare i problemi e le criticità (Direttore dipartimento).*

#### *La dimensione relazionale-informativa*

La componente relazionale ha visto modificarsi quasi tutti i tipi di rapporti, da quelli verso il basso a quelli verso i *peer*, verso la direzione e verso l'esterno dell'azienda.

Le relazioni verso il basso sono state ridimensionate da parte dei direttori di dipartimento, in modo più o meno netto, e tra questi vi è stata una focalizzazione sui rapporti informali, specialmente con i direttori di area, evitando riunioni non incentrate su specifici temi.

*C'è stata una diminuzione netta dei rapporti con il basso come conseguenza della necessità di limitare la componente operativa del mio ruolo. Prima avevo tempo da dedicare – forse anche in modo improprio – alle attività e ai rapporti con medici o la componente infermieristica, partecipando alle loro riunioni (Direttore dipartimento).*

*Tendo ad avere relazioni dirette anche con i livelli subordinati limitando il numero di riunioni formali a favore di incontri diretti e informali (Direttore dipartimento).*

*Sono in contatto giornaliero con i direttori di area (perlomeno con quelli delle aree più pesanti), ci vediamo una volta a settimana di persona (Direttore dipartimento).*

*Non faccio incontri formali e strutturati, ogni qualvolta capita l'occasione o la necessità li incontro e ci sono. I ruoli del capo di dipartimento, oggi, sono ruoli anche in parte psicologici, "etologici" (Direttore dipartimento).*

Viene evidenziato anche il ruolo del MM nell'analisi dei rapporti che intercorrono tra subordinati, da un lato per cogliere una eventuale insoddisfazione,

dall'altro per individuare chi sono i leader tra questi, in modo da renderli potenziali interlocutori e alleati.

*Non sempre gli organigrammi catturano la realtà; è importante invece guardare a ciò che le persone effettivamente fanno nello svolgimento dei propri compiti e provare a intervenire (Direttore dipartimento).*

Per quanto riguarda i direttori di area, figure che prima non erano presenti nell'organigramma dell'azienda, la componente relazionale verso il basso sembra maggiormente sviluppata rispetto a quella presente prima nei dipartimenti delle ex ASL. Questo anche grazie alla maggiore specializzazione dell'area al suo interno, fattore che determina una maggiore focalizzazione sui temi e una maggiore condivisione di linguaggio, con conseguente miglioramento comunicativo.

*La relazione con i subordinati è migliorata perché hanno a disposizione una persona che capisce direttamente il problema che viene posto. Quando ero direttore di dipartimento della vecchia ASL, a volte mi trovavo in difficoltà di fronte a problemi ostetrico-ginecologici (Direttore area).*

In alcuni casi il processo di fusione ha trasformato alcune relazioni da *peer-to-peer* a relazioni di tipo *top-down*. Generalmente, uno tra i quattro ex-direttori di ogni UOC e di ogni dipartimento è stato scelto per diventare il direttore unico per tutta l'AUSL Toscana Centro. Questo ha determinato una difficoltà nel trovare il riconoscimento dell'autorità da parte degli altri. Tale difficoltà ha generato l'esigenza di lasciare alcuni spazi di autonomia all'interno della UOC, nella consapevolezza che questi debbano almeno in parte essere superati da logiche di omogeneizzazione e standardizzazione all'interno della nuova azienda.

*C'è stata qualche difficoltà iniziale, anche se conoscevo già quasi tutti, non c'erano stati ruoli gerarchici fino a quel momento. L'impegno è stato quindi quello di entrare nel ruolo gerarchico in un modo tale da farlo accettare e riconoscere. La dimensione relazionale con i subordinati ha preso gran parte del tempo, cercando di curare i rapporti e di capire fin dove potevo lasciare autonomia gestionale e dove, invece, era necessario entrare in un'ottica di area-vasta (Direttore UOC).*

*Sia con i coordinatori sanitari che con i medici dell'organizzazione, il rapporto è un po' più complesso e non so come sia stato vissuto e percepito. Con alcuni mi sono interfacciato bene, con altri c'è stato un problema di accettazione (Direttore dipartimento).*

I rapporti verso l'alto, e in particolare con la direzione aziendale, risultano più distanti rispetto a quelli presenti nelle ex ASL dove vi era una prossimità anche fisica tra le unità operative e la direzione.

*Per quanto riguarda i rapporti verso l'alto, prima erano nello stesso corridoio. Mi trovavo in direzione. Ora la direzione è a Firenze (Direttore dipartimento).*

Emerge anche una particolare tendenza del MM, specialmente dei direttori di dipartimento, a svolgere funzione di rappresentanza dell'azienda nei confronti dell'esterno, non solo per quanto riguarda le relazioni sindacali, ma anche per quelle con altri attori a livello politico-istituzionale.

*C'è stato anche un aumento del rapporto con l'esterno, per esempio conferenza dei sindaci e i direttori delle società della salute, mentre prima mi rapportavo con uno solo di questi (Direttore dipartimento).*

*Quando ero più giovane ritenevo che la sanità non fosse un oggetto politico, ora ritengo che debba esserlo, della Politica con la P maiuscola (Direttore dipartimento).*

*Come direttore di area, può capitare che abbia delle relazioni con la politica, a volte mi chiamano per avere informazioni e spiegazioni (Direttore area).*

Alcune criticità emergono sul piano informativo, legate *in primis* alla non integrazione tra sistemi informativi, come anche avvenuto nel caso dell'azienda precedente. Inoltre sono stati evidenziati in questa azienda problemi legati all'aumento importante delle distanze geografiche e alla difficoltà nell'individuare il giusto interlocutore.

Questi due ultimi aspetti, conseguenti alla fusione, comportano un aumento di complessità dal punto di vista informativo e relazionale.

*Prima della fusione, in caso di necessità, ero certo della persona da contattare per avere l'informazione di cui avevo bisogno. Ora è molto più complesso individuare la persona adatta e non sempre è possibile avere le informazioni che si cercano (Direttore dipartimento).*

*La grossa difficoltà è stata quella di capire a chi potersi rivolgere per ottenere le informazioni di cui si necessita (Direttore dipartimento).*

Inoltre, le differenze che ancora emergono tra ex ASL per una non completa omogeneizzazione di processi e di modalità operative spesso emerge al momento della rielaborazione e della lettura dei dati.

Particolare attenzione deve essere di conseguenza posta dal MM nell'individuare i motivi di tali differenze tra ex-ASL, che possono portare a cattive interpretazioni e scelte sbagliate. Queste carenze di carattere informativo sono particolarmente avvertite anche perché, soprattutto in alcune realtà pre-fusione, lo sviluppo dei sistemi informatici di raccolta e analisi di flussi di dati, sia clinici che amministrativi, aveva raggiunto discreti livelli.

*Ora i dati sono molto più complessi, devo capire perché le zone si comportano molto diversamente, non conosco i medici personalmente, della presenza o meno di alcune strutture sul territorio ancora non sono consapevole (Direttore dipartimento).*

*La maggior complessità deriva non tanto dalla grandezza, perché se hai le giuste leve riesci a governarla. È, tuttavia, imprescindibile la disponibilità di un sistema informativo che fornisce i dati. Vedo la complessità nel fatto che sistemi così grandi non possono funzionare se non supportati da un corretto e adeguato sistema informativo, che necessita di tecnologia informatica, il cui acquisto è però molto difficile (Direttore dipartimento).*

*Purtroppo vi è la persistenza di sistemi informatici diversi, con la difficoltà a poter estrarre i dati e renderli confrontabili (Direttore area).*

*Non sono state allineate le parti clinica e strutturale con quelle amministrativa e gestionale, così da portare un importante disallineamento. A causa delle tempistiche troppo rapide nel processo di fusione e di sistemi informativi non allineati tra le ASL (perché usavano strumenti informatici diversi), c'è stata un'estrema difficoltà nell'integrazione con conseguenze importanti sulla definizione di costi, risorse, spese e monitoraggio. Secondo la mia opinione prima andava fatta l'integrazione dei sistemi e poi formalizzata la fusione (Direttore UOC).*

### *Il caso ASL Città di Torino*

Il processo di fusione che ha portato alla costituzione dell'azienda Città di Torino è un esempio di isomorfismo organizzativo. Per questo il cambiamento strutturale non è stato percepito dai MM come una delle determinanti principali della complessità. Infatti, i cambiamenti più rilevanti sono stati introdotti a livello di vertice strategico, che è stato interessato da una riorganizzazione.

L'aumento dimensionale ha comunque causato un incremento del carico di lavoro, anche se ciò è stato in parte compensato dalla maggiore uniformità territoriale creata dall'unione delle due ASL della città; di conseguenza, per alcuni aspetti, le modifiche introdotte dal processo di fusione sono state accolte positivamente dal MM.

*Avere un punto di riferimento unico per tutta la città è favorevole. L'azienda unica mi ha tolto un po' di complessità soprattutto in termini di tempo dedicato al raccordo. Le regole più chiare diminuiscono il grado di complessità. Quindi preferisco lavorare di più, ma con regole chiare (Direttore distretto).*

Riguardo ad altri aspetti, comunque, il MM percepisce elementi di complessità che hanno bisogno di essere gestiti soprattutto in termini di necessità di integrazione, motivazione del personale e abitudine a cambiare il modo di lavorare.

*C'è un problema di percezione del cambiamento. Gli operatori sono molto radicati e ancorati alle proprie precedenti abitudini e l'integrazione è molto difficile da interiorizzare e quindi da realizzare (Direttore dipartimento).*

*C'è una mancanza di motivazione. Ho riscontrato che molti operatori continuano a ragionare come prima della fusione, mantenendo i territori separati senza sforzarsi di integrare (Direttore dipartimento).*

*Le conseguenze sul piano decisionale e relazionale-informativo*

*La dimensione decisionale*

È stato avvertito da alcuni dei MM intervistati il netto cambiamento di ruolo, orientato sempre più a questioni strategiche, al confronto con il DG e a un orizzonte temporale di lungo periodo.

*Il mio lavoro dovrebbe essere quello di programmazione e organizzazione, rimanendo a un livello molto macro (Direttore dipartimento).*

*Lavoro di più, devo spostarmi di più e sono meno presente nel mio distretto perché ho molti impegni che me lo impediscono, sono spesso per esempio in direzione (Direttore distretto).*

Questo ha determinato la necessità di delegare, in misura diversa, la parte tecnico-professionale, sebbene i ruoli ibridi di forte tradizione clinica ritengano sia necessario presidiare l'attività professionale per mantenere l'autorevolezza e la competenza.

*Non sono più così preparato sulla parte tecnica e normativa, devo delegare queste competenze professionali a favore di mansioni manageriali. Ho dovuto individuare il personale adatto a cui delegare nei vari uffici, che in parte conoscevo, in parte no (Direttore SC).*

*Credo che, come direttore di dipartimento, sia necessario rimanere attaccato alla clinica. Io non mi sento un organizzatore e credo sia centrale che sappia di cosa si sta parlando e cosa sono chiamato a governare. Ogni volta che sono stato promosso sento di aver perso qualcosa (Direttore dipartimento).*

Interessante come per alcuni MM la conservazione della parte clinica, seppur minima, sia motivata anche dalla necessità di gestire conflittualità relazionali.

*La clinica rappresenta meno del 5%, mi dedico solo alle situazioni più spinose, di conflitto (Direttore dipartimento).*

Sebbene emerga il bisogno di delegare anche parte del lavoro manageriale per mantenere solo la componente più “alta” del proprio ruolo, da un lato non sempre sono disponibili competenze manageriali tra il personale, dall’altro alcuni MM rimangono ancorati a una concezione più accentratrice delle responsabilità.

*Per quanto riguarda le deleghe delle attività cliniche, non è difficile individuare collaboratori; invece, per le altre attività, ho difficoltà ad individuare persone adatte e capaci di svolgere le funzioni di ambito più manageriale (Direttore dipartimento).*

#### *La dimensione relazionale-informativa*

La criticità e l’importanza del ruolo relazionale è stata messa in risalto da buona parte dei MM intervistati, in tutti le sue componenti (*leadership, liaison role, rappresentanza*).

La modifica del processo relazionale è da alcuni addirittura considerata come il cambiamento principale riscontrato con il processo di fusione e come una delle principali conseguenze dell’aumento dimensionale.

*Prima era un ruolo più tecnico, più professionale (per quanto riguarda l’analisi e l’applicazione della normativa), non solamente per il ruolo diverso, ma anche per la dimensione minore della struttura. Ora la maggior parte del tempo (70-80%) è dedicata alle relazioni: riunioni, relazioni con i colleghi, proprio perché la dimensione è più ampia (Direttore UOC).*

*L’aumento delle dimensioni invece comporta un maggior numero di persone con cui relazionarsi (Direttore UOC).*

Parte del tempo dedicato alle relazioni è conseguenza del processo stesso di cambiamento in atto che determina incertezze e difficoltà comunicative.

*La giornata lavorativa ora è più improntata alla relazione e alla gestione dei conflitti e problemi a livello di struttura, poiché questa è in via di definizione e non sono sempre chiari i ruoli (Direttore UOC).*

Oltre all’aumento del tempo dedicato a funzioni di *leadership* e *liaison role*, emerge come caratterizzante l’attività di «portavoce», sia della propria unità nei confronti della direzione aziendale, con la quale i MM rivelano un’intensificazione del rapporto, sia dell’azienda medesima nei confronti di soggetti esterni a essa.

I MM della ASL Città di Torino ritengono di dover presidiare e gestire in prima persona queste attività (di dover «esserci») rivelando, anche in questo

frangente, la consapevolezza del passaggio da un ruolo di coordinamento tecnico-professionale a uno più di natura politico-istituzionale.

*È aumentata la relazione con il DG, non tanto per l'aumento delle dimensioni, quanto per il cambio di funzione. Il rapporto con i vertici è molto più diretto. Anche la parte relativa alle relazioni sindacali, che seguivo anche prima, ora è molto diversa e più impattante (Direttore UOC).*

*Se prima dedicavo l'80% del tempo a gestire le cose del distretto localmente, ora il 40-50% di esso è speso in riunioni con la direzione, con i colleghi, nella pianificazione delle attività che devono essere svolte nella città. Gestisco io la componente politico-istituzionale, più che quella organizzativa (Direttore distretto).*

*I problemi maggiori sono rappresentati soprattutto dai rapporti verso l'esterno del distretto. I problemi interni o comunque gli eventi singoli li delego a miei collaboratori delle Strutture Semplici. Sono aumentati i soggetti esterni come servizi sociali o circoscrizioni (Direttore distretto).*

*La parte dedicata alle relazioni, sia con le altre strutture pubbliche che con il privato accreditato, è passata dal 20-25% al 95% (Direttore dipartimento).*

Emerge infine la necessità di focalizzare le relazioni, selezionando i componenti e le tematiche.

*Sto evitando le riunioni con tante persone, quindi seleziono i componenti (Direttore dipartimento).*

Ai fini del miglioramento delle relazioni tra aziende, un punto evidenziato da molti intervistati è la necessità di migliorare l'integrazione tra i sistemi informatici e tra i flussi di dati delle precedenti aziende, con l'obiettivo di minimizzare i tempi di reperimento e di analisi delle informazioni, nell'ottica di poter programmare l'attività nei tempi disponibili che sono considerati sempre più ristretti.

*C'è stato un aumento del tempo dedicato all'acquisizione delle informazioni. Questo non dipende dalle dimensioni, ma dal fatto che non siamo ancora, dal punto di vista informatico, integrati e supportati. Se prima dedicavo due ore al giorno all'analisi del dato che avevo a disposizione, oggi un'ora e tre quarti mi servono per recuperare quel dato e renderlo in una forma leggibile e i rimanenti dieci minuti per leggerlo (Direttore UOC).*

### 3.4.2 Una prima sintesi sui ruoli manageriali nelle aziende analizzate

Volendo tentare alcune prime considerazioni di sintesi, che tratteggiano il profilo di ruolo del MM nelle aziende oggetto di analisi, faremo riferimento ancora una volta ai ruoli manageriali coerentemente con il *framework* utilizzato.

Per quanto riguarda la dimensione decisionale (si veda a tale proposito la Tabella 3.9), dalle interviste che sono state effettuate emerge in modo molto chiaro come la complessità generata dal processo di fusione possa essere attribuita principalmente a tre fattori, la cui importanza può variare a seconda del caso preso in considerazione: cambiamenti nella struttura organizzativa, redistribuzione delle responsabilità tra i vari livelli di *management* e aumento dimensionale. L'elemento comune a tutte le ASL riguarda l'allungamento dei tempi e la complessità del processo decisionale.

Un altro aspetto che è stato riscontrato in due delle aziende analizzate (ASL Roma 1 e ASL Città di Torino) riguarda i contenuti del ruolo ibrido. È stata riscontrata in queste due aziende una difficoltà da parte dei MM con ruoli clinici a rinunciare a una parte delle attività professionali a favore di quelle manageriali.

Sempre riguardo a questa componente possiamo comunque trovare anche alcuni tratti distintivi delle tre aziende.

Nelle percezioni del MM, l'ASL Roma 1 sembra concedere un maggiore livello di autonomia decisionale nel periodo post-fusione.

Nella AUSL Toscana Centro si è riscontrato un potenziamento del ruolo strategico del direttore di dipartimento per effetto della divisionalizzazione della struttura organizzativa nonché un aumento del ricorso alla delega lungo tutte le linee. Infine, l'aumento delle dimensioni viene percepito come opportunità di miglioramento e di standardizzazione del proprio ruolo.

**Tabella 3.9 – Le conseguenze della fusione sulle componenti del ruolo manageriale**

	Roma 1	Toscana Centro	Città di Torino
<b>Dimensione decisionale</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi e complessità del processo decisionale.</li> <li>- Difficoltà dei ruoli ibridi di sacrificare le attività professionali a favore di quelle manageriali.</li> <li>- Più ampie responsabilità in conseguenza di un maggior livello di autonomia concessa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi e complessità del processo decisionale.</li> <li>- Potenziamento del ruolo strategico del direttore di dipartimento (divisionalizzazione).</li> <li>- Aumento del ricorso alla delega lungo tutte le linee.</li> <li>- Aumento dimensionale percepito come opportunità di miglioramento e di standardizzazione.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi e complessità del processo decisionale.</li> <li>- Difficoltà nei ruoli ibridi a sacrificare le attività professionali a favore di quelle manageriali.</li> </ul>
<b>Dimensione relazionale-informativa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento dell'intensità delle relazioni:               <ul style="list-style-type: none"> <li>a. verso il basso;</li> <li>b. verso i peer.</li> </ul> </li> <li>- Assunzione del ruolo di rappresentanza: della propria struttura nei confronti della direzione e dell'azienda nei confronti dell'esterno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento dell'intensità delle relazioni verso il basso, soprattutto con i direttori di area, e su temi specifici (DD).</li> <li>- Assunzione del ruolo di rappresentanza dell'azienda soprattutto verso l'esterno (DD).</li> <li>- Focalizzazione sui temi e selezione dei membri con cui condividere le informazioni.</li> <li>- Aumento della distanza dei rapporti tra MM e direzione aziendale.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento dell'intensità delle relazioni verso l'alto (vertice).</li> <li>- Assunzione del ruolo di rappresentanza della propria struttura nei confronti della direzione e dell'azienda nei confronti dei soggetti esterni.</li> <li>- Focalizzazione sui temi e selezione dei membri con cui condividere le informazioni.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi del processo informativo per una maggiore difficoltà di contatto e di coinvolgimento degli interlocutori.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi del processo informativo per una maggiore difficoltà di contatto e di coinvolgimento degli interlocutori e di reperimento delle informazioni.</li> <li>- Esigenza di migliorare l'integrazione tra sistemi informativi e flussi di dati.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allungamento dei tempi del processo informativo per un aumento della difficoltà di contatto e coinvolgimento degli interlocutori e di reperimento delle informazioni.</li> <li>- Esigenza di migliorare l'integrazione tra sistemi informativi e flussi di dati.</li> </ul>

Nota: DD (Direttori di dipartimento)

Per quanto riguarda la dimensione relazionale, i MM hanno percepito modifiche riguardanti le relazioni con i diversi stakeholders aziendali: i subordinati (*leadership*), i *peer* (*liaison role*), i vertici aziendali (rappresentanza interna) e i soggetti esterni (rappresentanza verso sindacati, convenzionati, politica, cittadini ecc.).

Da questo punto di vista la percezione dei MM è diversa nelle tre ASL considerate. È emerso un aumento dell'intensità nelle relazioni verso il basso e verso i *peer* nell'ASL Roma 1, prevalentemente verso il basso nell'AUSL Toscana Centro e verso l'alto nell'ASL Città di Torino. Anche i contenuti delle relazioni si sono trasformati, manifestando una tendenza alla focalizzazione rispetto ai temi e una maggiore selezione dei soggetti con cui condividere le informazioni.

Un altro elemento che accomuna le tre ASL dal punto di vista della dimensione relazionale è un'estensione delle occasioni in cui i MM assumono un ruolo di rappresentanza dell'azienda verso l'esterno. Inoltre nel caso di Roma 1 e Città di Torino i MM percepiscono un aumento del ruolo di rappresentanza verso la propria direzione aziendale.

L'esercizio del ruolo manageriale rispetto alla dimensione informativa è diventato più impegnativo. Sia l'attività di monitoraggio (reperimento di informazioni tramite canali formali e informali) che l'utilizzo delle informazioni (disseminazione interna ed esterna) risulta a parere degli intervistati aver aumentato la complessità. Infatti, in tutte le aziende analizzate è emerso un allungamento dei tempi di reperimento delle informazioni e della loro disseminazione soprattutto a causa dell'aumentato numero di soggetti coi quali interloquire.

Quindi gli elementi di complessità emergono non tanto dai contenuti che caratterizzano le informazioni quanto dal numero dei soggetti che le detengono. In questa prospettiva soprattutto due delle ASL analizzate (Toscana Centro e Città di Torino) esprimono l'esigenza di un rafforzamento dei meccanismi aziendali preposti alla raccolta, strutturazione e disseminazione delle informazioni (sistema informativo).

### **3.5 Gli organi di governo aziendale: cambiamento e meccanismi di *governance***

Il quadro dei cambiamenti introdotti nell'ambito dei processi di fusione, che nel paragrafo precedente è stato analizzato a partire dalle percezioni dei soggetti inseriti ai livelli intermedi della gerarchia aziendale, si completa guardando alle modifiche che hanno interessato il ruolo dei DG, ovvero coloro che hanno contribuito a orientare e guidare il cambiamento.

Le interviste effettuate ai DG miravano infatti a indagare come è cambiato il ruolo dei soggetti posti al vertice aziendale per far fronte a un aumento di complessità che ha caratterizzato tutte le aziende indagate.

### 3.5.1 I casi aziendali

#### *Il caso ASL Roma 1*

I cambiamenti che hanno caratterizzato i meccanismi di *governance* dell'ASL Roma 1 possono essere ricondotti principalmente a tre elementi:

1. un'evoluzione dei ruoli nel vertice strategico, in parte facilitata da rapporti già consolidati all'interno della direzione (la continuità dei soggetti posti al vertice sembra rappresentare un punto di forza per aziende di così grandi dimensioni);
2. una lettura del funzionamento aziendale che sottolinea una più netta separazione tra area del governo (e amministrazione) e area di risposta ai bisogni;
3. la ricerca di migliori condizioni di funzionamento attraverso un rafforzamento degli staff gestionali e degli organismi di supporto in genere.

#### *1. Evoluzione nei ruoli all'interno del vertice strategico*

Una delle principali preoccupazioni del DG nelle prime fasi di strutturazione della nuova azienda è stata la costruzione di una diversa identità aziendale in grado di focalizzare l'attenzione sul cambiamento e rafforzare la coesione e il senso di appartenenza di tutto il *management* e del nuovo gruppo dirigente in particolare.

*Il mio compito è stato anche quello di ricostruire l'identità dell'azienda invertendo la rotta delle spinte centrifughe, delimitando i confini... Molte fusioni falliscono perché sono concentrate a risolvere soprattutto gli aspetti operativi a scapito di quelli strategici, ovvero quelli che riguardano l'orientamento alla mission e al risultato. Tutto il tempo dedicato a incontrare i dirigenti e a dare un senso al processo di cambiamento è possibile che non si sia tradotto nella loro gestione quotidiana dell'attività, ma che sia stato una sorta di sottofondo, una dimensione di squadra, di appartenenza, di protezione, che ha consentito loro di lavorare in una maniera diversa e più efficace. Può non essere sufficiente a cambiare il loro modo di lavorare, ma consente di assicurare un accettabile minimo comun denominatore in tutto il management.*

Il DG dell'ASL Roma 1 è convinto che il suo ruolo debba essere prima di tutto quello di individuazione della strategia aziendale e di azioni volte a realizzarla. La visione che il direttore di questa azienda ha del suo ruolo non è esclusivamente condizionata dalla fase di fusione che l'azienda sta vivendo.

Nell'interpretare il suo ruolo, il DG è convinto che la strategia consista nel governo del cambiamento in ogni fase di vita dell'azienda. In base alla sua

visione, il ruolo specifico di un direttore generale dovrebbe essere quello di produrre il cambiamento. Tale interpretazione si riflette sulla distribuzione dei ruoli all'interno della triade (DG, DA, DS).

*Ho sempre interpretato il mio ruolo di DG come ruolo prevalentemente legato alla gestione del cambiamento, anche quando ero responsabile di un'azienda più piccola. Il cambiamento è l'oggetto della strategia, il problema nell'azienda precedente non era legato al "se cambiare", ma al "come cambiare"... Dobbiamo cambiare per sopravvivere, non perché ci fondiamo. Il mio modo di interpretare la direzione generale è stato fin dall'inizio molto orientato al cambiamento e alla necessità di dare all'azienda un'identità forte all'esterno. All'interno, invece, si trattava di creare un sistema di responsabilità e di processi che funzionasse e che mi consentisse di avere negli anni un livello di governo e di gestione più strutturato. Questo mi ha permesso di ridurre l'attenzione sul processo operativo e concentrarmi sul governo del processo strategico. La fusione ha reso tutto ciò necessario, ma è stata anche un'opportunità perché grazie a essa il cambiamento è diventato qualcosa di tangibile che ha cambiato la natura stessa dell'azienda.*

*Quando ho progressivamente preso in mano le tre aziende ho cercato di essere una guida forte. Ho tentato sempre più di essere identificato come il timoniere alla guida delle tre aziende di cui sono diventato il DG.*

In quest'ottica, di fronte all'aumento di complessità, il DG ha ritenuto necessario decentrare alcuni aspetti operativi, che prima riusciva a gestire personalmente, per potersi concentrare sul ruolo di guida del sistema.

*Il tempo legato alla strategia non è aumentato perché anche prima dedicavo del tempo all'elaborazione strategica dell'azienda e al cambiamento. Sapendo che avrei dovuto gestire una doppia transizione, mi sono orientato fin dall'inizio a costruire un processo di cambiamento (la ASL Roma E si chiamava ASL "in movimento", perché concepivo il movimento come percorso).*

*Per fare questo, mi sono alleggerito operativamente, ovvero pur firmando tutto, mi fido di più. A me arrivano le cose già elaborate, le seguo nella costruzione, ma con un minor coinvolgimento operativo che è, comunque, sproporzionato rispetto a quello che dedicherei, a parità di ruolo, in una qualsiasi azienda privata.*

Il trasferimento di responsabilità è avvenuto, però, non senza difficoltà a causa dei molti aspetti di cui si compone il processo decisionale di natura formale di queste aziende.

Il rafforzamento del vertice, mediante la scelta di soggetti da inserire nel ruolo di DS e DA che avevano la piena fiducia del DG, ha permesso di delegare

la costruzione del processo operativo e di intervenire solo al momento delle firme. Questo ha consentito di liberare il DG dalle questioni operative.

*Penso che in questo processo il vero elemento di connessione tra il top management e il MM sia congiuntamente rappresentato dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo. Loro sono a questo punto quelli che gestiscono direttamente il processo e le persone e che, allo stesso tempo, mi affiancano e mi seguono.*

## 2. Separazione tra area del governo e area di risposta ai bisogni

Un altro cambiamento deciso dal vertice per far fronte all'aumento di complessità è stato quello di creare una più netta separazione tra area del governo e aree di diretta risposta ai bisogni (la parte più operativa).

Nella struttura organizzativa della nuova ASL sono inclusi nell'area del governo tutti i soggetti che supportano la direzione generale nella sua funzione di governo. Di esso fanno parte tutti i dipartimenti in staff alla direzione generale tra cui, oltre ai dipartimenti già collocati in tale posizione nelle ex aziende oggetto di fusione, il dipartimento amministrativo.

Tale separazione ha consentito, da un lato, una migliore organizzazione degli sforzi da parte delle strutture che sono state chiamate a svolgere una maggiore funzione di supporto; dall'altro lato, alle aree operative è stato richiesto di focalizzarsi maggiormente sulla loro *mission* ovvero quella di risposta ai bisogni esterni.

*Avere chiaramente individuato il diverso orientamento che le due parti dell'organizzazione devono assumere risponde non solo a esigenze di razionalità organizzativa, ma assume un valore segnaletico per tutti gli operatori. Le due componenti lavorano insieme per il raggiungimento della medesima missione aziendale, ma con priorità di fondo diverse.*

## 3. Rafforzamento degli organismi di supporto al vertice

Il decentramento a cui si faceva riferimento al punto 1 lasciava uno spazio tra vertice e linee operative che aveva bisogno di essere colmato. In questo senso possono essere letti il rafforzamento e una migliore strutturazione delle tecnostrutture, attuati con l'introduzione di un nuovo dipartimento posto in staff alla direzione generale (Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo).

Il Dipartimento per lo Sviluppo Organizzativo ha l'obiettivo di «aggregare in un unico contenitore l'insieme delle funzioni necessarie a sostenere il governo strategico dell'Azienda, mediante produzione di elementi di conoscenza, analisi e valutazione, nonché di supporto alla Direzione Aziendale nel governo delle relazioni istituzionali e nella formulazione delle scelte strategiche. Da questo punto di vista il Dipartimento è lo strumento per rendere leggibile il funzionamento dell'Azienda, per evidenziarne le criticità e per proporre alla Direzione

le soluzioni possibili a qualificare le risposte aziendali e ad assicurarne la sostenibilità economica» (Atto aziendale ASL Roma 1).

Questo processo di decentramento permette al DG di concentrarsi sulle questioni prioritarie che hanno a che fare con la gestione delle relazioni con gli *stakeholders* esterni più rilevanti.

*Sono diventato più selettivo, in funzione di un ruolo che sicuramente è diventato estremamente delicato nei rapporti con l'esterno: la gestione di un'azienda così grande comporta un'esposizione mediatica, istituzionale e politica fortissima. I miei interlocutori verso l'esterno sono cambiati.*

### *Il caso AUSL Toscana Centro*

Le modalità attraverso cui il vertice strategico dell'AUSL Toscana Centro ha fatto fronte alla complessità derivante dal processo di fusione sono principalmente sintetizzabili in tre scelte:

1. la selezione e costruzione di un gruppo di dirigenti tramite il quale “decongestionare” le funzioni del vertice strategico;
2. una più compiuta divisionalizzazione che ha spostato la gestione della complessità interna sulle linee operative;
3. l'allungamento delle linee operative con l'inserimento di un livello intermedio tra dipartimenti e unità operative (le aree).

#### *1. Selezione e costruzione di un gruppo di dirigenti*

La costruzione della nuova azienda è avvenuta sia attraverso la scelta del nuovo gruppo di MM sia mediante la selezione, tra essi, del nuovo gruppo dirigente (direttori di dipartimento).

Relativamente al primo punto, il DG si è dedicato a un intenso processo di *team building* che è culminato in un evento, organizzato fuori dalle diverse sedi delle aziende oggetto di fusione, che aveva due obiettivi prioritari. Da una parte voleva far conoscere e discutere tra loro tutti i soggetti che sarebbero confluiti nella nuova ASL, al fine di poter costruire insieme il modello della nuova organizzazione, dall'altra voleva far conoscere gli obiettivi che avrebbero ispirato la nuova azienda.

*A ottobre, in Garfagnana, ho organizzato un incontro il cui obiettivo era quello di far incontrare tutti i direttori di UOC e di UOSD della nascente unica ASL, circa 200 persone alcune delle quali non si erano mai incontrate. L'obiettivo che mi ero posto era quello di stare insieme, conoscersi e immaginare un modello che potesse essere sostenibile. Comunque, già nella fase del commissariamento, i concetti di diffusione del modello organizzativo*

*unico erano esistenti: l'assistenza deve essere uguale in tutto il territorio con un modello organizzativo che sia aziendale ed esca dalle singole realtà, ma sia anche sufficientemente robusto da supportare una tale dimensione.*

Il passo successivo è stato quello legato alla selezione/legittimazione del nuovo gruppo dirigente. Si è trattato di un argomento di per sé divisivo sia per gli equilibri di potere tra i dirigenti che venivano dalle ex ASL sia per le aspirazioni personali di ciascuno. Tale passo è stato affrontato coinvolgendo il gruppo dirigente nelle scelte delle nuove posizioni apicali.

*La costruzione delle condizioni per poter scegliere [le nuove posizioni] ha impiegato 4-5 mesi, ma non ho mai fatto un passo indietro sulla qualità dei professionisti che ritenevo fossero adatti a ricoprire certi ruoli. Quindi la costruzione delle condizioni è servita per far accettare le scelte.*

Il fatto che la scelta dei direttori di dipartimento sia ricaduta su soggetti che avevano avuto esperienze precedenti di fusioni e che quindi alla professionalità manageriale e professionale (necessaria per un ruolo ibrido) univano l'esperienza di governo del cambiamento, ha contribuito positivamente all'accettazione delle scelte fatte dal DG sui componenti del gruppo di supporto all'organo di governo aziendale.

*Nel 2010 avevo già sperimentato il modello di unificazione trasversale che accorpa più ospedali così da avere degli esperti di fusioni (ho mantenuto nello stesso ruolo, per esempio, due direttori di dipartimento delle due vecchie ASL che avevano già vissuto una fusione).*

La costruzione di un gruppo forte ha reso possibile il decentramento di alcuni compiti e la riduzione del tempo che il DG dedica alle attività operative.

*Incontro i direttori non più di ogni quattro settimane. Adesso loro si stanno sempre più rivolgendo a me per avere certezza che stanno procedendo nella giusta direzione. Mentre prima gestivo più direttamente le cose, ora supporto, o quanto meno sto cercando sempre più di farlo. Nella ASL che gestivo prima della fusione [una delle ex ASL che è stata accorpata nella nuova azienda; N.d.A.], entravo nell'operatività, facevo tutti gli incontri direttamente.*

## 2. Ricerca di una più compiuta divisionalizzazione

La costruzione del gruppo dirigente appena descritta ha costituito il presupposto per poter realizzare una compiuta divisionalizzazione, ovvero la creazione di unità indipendenti con missioni più focalizzate.

La modalità di direzione che aveva ispirato lo stile di governo precedente, caratterizzato da un maggiore accentramento di tutte le funzioni di governo, non era più ritenuta adatta alle nuove dimensioni aziendali. Si trattava in sostanza di prendere decisioni relative a due dimensioni, una di tipo strutturale

(riguardante il trasferimento di potere e responsabilità) e una di tipo relazionale (attinente ai rapporti tra direttori dei dipartimenti e direzione generale).

L'esistenza di rapporti fiduciosi e di consuetudine tra il DG e i direttori dei dipartimenti scelti sembra essere stato uno snodo fondamentale nella costruzione del gruppo dirigente.

*Non sono portato a delegare a dire il vero. Tuttavia, era necessario. Ho divisionalizzato l'azienda e delegato moltissimo. Il mio obiettivo era quello di costituire un gruppo che con un'adeguata preparazione iniziasse piano piano a camminare da solo.*

*L'impianto è dipartimentale-gestionale, quindi con assegnazione di tutte le risorse al direttore di dipartimento. Non è possibile che io gestisca adeguatamente tutto da solo.*

La nuova impostazione aziendale è orientata a un governo condiviso con i capi di dipartimento insieme ai quali si decide anche la strategia.

*Il mio staff è composto da tutti i direttori di dipartimento, dai direttori di area, dai direttori di zona, che incontro frequentemente. Sono andato oltre il momento d'incontro con l'ufficio di direzione.*

*Io e i direttori dei dipartimenti andremo insieme a una serata con i medici di famiglia. Oggi pomeriggio ci siamo visti qua in direzione. Facciamo spesso due giorni fuori, con la convinzione che stare lontani insieme sia fondamentale per tirare le somme. Si aggiunge il percorso della contrattazione budgetaria che si costruisce in parte con gli uffici di staff, in parte, per la fase finale e definitiva, in aula insieme.*

*I capi di dipartimento e i capi area vanno avanti in maniera autonoma dopo che sono stati concordati alcuni punti di riferimento sostanziali (per esempio le modalità organizzative degli ospedali, che devono prevedere le stesse prestazioni, così come la concentrazione delle casistiche).*

*C'è stata una lunga discussione sulla natura dei dipartimenti e sull'estensione delle loro responsabilità; in modo particolare ha suscitato perplessità, successivamente superate, la costituzione di un dipartimento infermieristico di natura gestionale.*

La divisionalizzazione ha come prima conseguenza quella di ampliare il tempo che il DG può dedicare alle relazioni esterne che, per effetto della fusione, sono più complesse e diversificate.

*I sindaci, i consiglieri regionali, le dinamiche territoriali sono la parte più fragile. Prima avevo 13 sindaci, ora 74... Con i sindaci devo tenere un rapporto costante, anche perché loro vogliono verificare che il loro territorio,*

*ancor più nella nuova organizzazione, non venga abbandonato ed è la parte di cui io mi occupo con i direttori di zona - cerniera tra azienda e comunità locale - per le cure intermedie, le Case della Salute, la specialistica, il socio-sanitario.*

### 3. *Allungamento delle linee operative*

L'enfasi posta sulla capacità di governo dei dipartimenti ha richiesto l'inserimento di un livello intermedio indispensabile, considerata la nuova dimensione dei dipartimenti rispetto a quella precedente.

La bontà di tale proposta è stata riconosciuta dalla Regione, che ne ha fatto il modello di riferimento per definire la normativa e disegnare le strutture organizzative per tutte le ASL della Toscana.

Uno degli elementi qualificanti delle aree è quello di superare definitivamente i riferimenti geografici. Il rischio, così evitato, avrebbe potuto essere quello di replicare le vecchie ASL.

*Le aree che sono state inserite all'interno dei dipartimenti si situano tra il direttore di dipartimento e i direttori di UOC. Questi ultimi sono anch'essi direttori gestionali con una propria e specifica autonomia e responsabilità di natura economica.*

### *Il caso ASL Città di Torino*

Il DG di questa azienda, pur mantenendo l'impianto originale della macrostruttura precedente alla fusione, ha cambiato la natura di alcuni ruoli e inserito nuovi ruoli di coordinamento (mandati trasversali), i quali hanno assorbito la maggiore complessità organizzativa. I principali cambiamenti operati dalla direzione generale di questa ASL possono dunque essere così sintetizzati:

1. un allargamento e una riconfigurazione del vertice strategico attraverso una capacità di intervento diretto del DG, resa possibile dall'inserimento nella struttura organizzativa di ruoli di coordinamento e mandati *ad hoc*;
2. un rafforzamento delle funzioni di supporto ora articolato su tre staff.

#### *1. Allargamento e riconfigurazione del vertice strategico*

Già prima dell'avvio del processo di fusione, il DG di questa azienda aveva maturato la convinzione che il governo di aziende di grandi dimensioni, come erano ormai quelle che si erano formate dopo i processi di accorpamento avvenuti negli anni precedenti, non fosse più sostenibile con il solo apporto della triade (DG-DS-DA). Il bisogno di un rafforzamento del vertice era quindi considerato

dal DG una necessità al fine di coadiuvare il processo decisionale a fronte di più ampie dimensioni aziendali.

Il recente processo di fusione ha costituito quindi, per questa direzione, l'occasione per poter cambiare la modalità di governo, cambiamento che è avvenuto non tanto dal punto di vista della struttura organizzativa (che con l'eccezione di alcuni elementi è rimasta immutata), ma attraverso un allargamento e una riconfigurazione del vertice strategico tramite l'inserimento di cinque coordinatori (coordinatore di attività di pianificazione e sviluppo; coordinatore di attività dei presidi ospedalieri; coordinatore di attività di supporto e gestione; coordinatore di attività di controllo; coordinatore di attività dei distretti).

*Il tema della complessità è un tema che mi è sempre stato caro. Fin dal 2005 avevo messo a fuoco come il modello tradizionale di direzione strategica, la triade (DG – DS – DA), non risultasse adeguato per aziende di grandi dimensioni, in quanto non in grado di coinvolgere adeguatamente nell'assunzione delle decisioni le diverse componenti aziendali e rischiando di diventare un vero e proprio collo di bottiglia.*

*Con l'accorpamento dell'ASL città di Torino (pur con i vincoli di tipo normativo-contrattuale) ho allargato il governo strategico dell'azienda coinvolgendo nel vertice cinque coordinatori.*

Questo allargamento del vertice aziendale è stato comunque accompagnato da un allargamento dei canali di comunicazione con il MM.

*Questa nuova forma di governo aziendale è stata pensata anche prevedendo un coinvolgimento dei direttori di dipartimento e una modalità strutturata di "raccordo e allineamento" con cadenza settimanale presso la direzione generale.*

Come si evince dalle parole del DG sotto riportate, al fine di rendere più agevole la gestione coordinata di più sedi ospedaliere e supportare le linee nella gestione, è stato previsto l'inserimento di ruoli di coordinamento, sia per la parte ospedaliere sia per quella territoriale, e di mandati *ad hoc*.

*Un aspetto di grande rilevanza è costituito dallo sviluppo di politiche integrate e sinergiche tra ospedali e territorio. Per affrontare questo problema ho costituito dipartimenti clinici trasversali tra tutti gli ospedali con il compito di supportare una programmazione unitaria tra le discipline presenti nei diversi presidi e garantire una supervisione degli andamenti sul piano clinico-assistenziale. Per esempio, compito del dipartimento di area medica è quello di ipotizzare uno sviluppo coerente e sinergico delle tre cardiologie dei tre ospedali, con relativa specifica specializzazione, il direttore di dipartimento è supportato in ogni ospedale da un coordinatore (un direttore di*

*unità operativa con compiti più gestionali nel singolo ospedale per la specifica area assegnata).*

*Quindi, il direttore di dipartimento ha funzioni trasversali di supporto alla programmazione e di governo clinico, mentre il coordinatore supporta sul piano gestionale nel singolo ospedale lo stesso direttore di dipartimento.*

*Per quanto attiene l'assistenza territoriale si è previsto, da un lato, un coordinamento forte tra i quattro distretti, proprio per uniformare gli approcci all'assistenza territoriale storicamente molto diversi tra loro e, dall'altro, sono state previste funzioni trasversali su temi strategici. L'assistenza domiciliare o la residenzialità sono in capo adesso, non al singolo distretto, ma al coordinamento dei distretti.*

*Per la continuità ospedale-territorio si è creato un dipartimento della continuità assistenziale, che comprende sia unità ospedaliere che territoriali. È diretto da un direttore di distretto ed è finalizzato a facilitare sul piano gestionale/organizzativo la presa in carico del paziente dall'ospedale ai servizi territoriali.*

Sempre al fine di rafforzare la capacità di governo del vertice strategico, il DG ha affidato mandati *ad hoc* relativi a “problemi specifici”. Tali mandati riguardano problemi che sono di natura temporanea e per questo non possono essere affidati in maniera permanente a organi di staff. I soggetti che ricevono il mandato si configurano come “emissari” del DG.

*La riorganizzazione della rete oncologica, lo sviluppo delle cure palliative, la rete endocrino-diabetologica, la gestione delle liste di attesa sono esempi di temi strategico-trasversali che richiedono un forte mandato da parte del direttore generale perché toccano moltissimi ambiti e servizi dell'azienda.*

## *2. Un rafforzamento delle funzioni di supporto*

Al fine di aiutare l'insieme della direzione a governare l'organizzazione, il DG ha rafforzato gli staff e gli amministrativi e li ha divisi in tre aree individuando tre coordinamenti: coordinatore delle attività di pianificazione e sviluppo, coordinatore delle attività di supporto e gestione, coordinatore attività di controllo. Tali aree al loro interno sono state “divisionalizzate” al fine di rinforzare l'area tecnico-operativa.

*Il compattamento e l'allineamento dell'area tecnico/amministrativa è un aspetto di grande rilevanza ai fini dell'efficienza dei processi di trasformazione aziendale.*

*Aspetti specifici hanno poi toccato singoli servizi, per esempio è stata separata la funzione di amministrazione del personale da quella di sviluppo, que-*

*sto per la piena consapevolezza che lo sviluppo organizzativo viaggia insieme allo sviluppo del personale che costituisce la chiave strategica del cambiamento.*

*Inoltre, la funzione di controllo pianificazione e sviluppo è stata in parte innovata per presidiare di più alcune attività al fine di supportare il direttore amministrativo.*

### *3.5.2. Una prima sintesi sugli organi di governo aziendale*

La prospettiva da cui i DG guardano all'azienda è quella di un vertice strategico che, a fronte di un ampio ventaglio di responsabilità, ha la necessità di costruire le migliori condizioni per un esercizio efficace del proprio ruolo. Se il vertice strategico, che ruota attorno al DG e ne è diretta espressione, deve rispondere dell'intero funzionamento aziendale, il suo tempo e le sue capacità di attenzione sono comunque limitate.

Da questo punto di vista l'ampliamento delle dimensioni aziendali produce inevitabilmente una tensione tra una "domanda di governo" dell'azienda che si amplia e le risorse a disposizione per affrontarla che, a meno di interventi, rimangono immutate. Tale tensione conduce spesso a un ripensamento e a una riconfigurazione delle condizioni e dei meccanismi che rendono possibile il governo di una azienda più complessa.

Natura e intensità della domanda di governo possono variare in relazione ai diversi insiemi di fenomeni da cui dipende il perseguimento delle finalità aziendali. Il contesto istituzionale delle aziende sanitarie pubbliche italiane e la sua evoluzione configurano la domanda di governo proveniente dall'ambiente esterno in modo del tutto peculiare.

Le relazioni con tutti gli attori del tessuto politico-istituzionale (locale e regionale), seppur con accenti diversi a seconda delle regioni, occupano un ruolo di rilievo nell'agenda dei vertici strategici e del DG in particolare. Un aumento delle dimensioni molto spesso implica una moltiplicazione degli attori che reclamano attenzione da parte del *top management* dell'azienda.

Anche l'ambiente interno, quello della macchina aziendale chiamata a produrre ed erogare un vasto insieme di servizi, reclama l'attenzione del *top management*, sia nella fase di distribuzione delle diverse responsabilità sia in quella di monitoraggio e intervento in relazione ai risultati conseguiti. Anche in questo caso un aumento delle dimensioni e delle "catene di responsabilità" da supervisionare produce un incremento nella domanda di governo che deve trovare adeguata risposta.

A cavallo tra la dimensione esterna e quella interna si collocano le necessità di governo collegate al coordinamento di un ampio insieme di erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie che offrono servizi alla popolazione su

cui l'azienda esercita la propria responsabilità. La domanda di governo, in questo caso, dipende in larga misura dalla percentuale di bisogno soddisfatto attraverso la produzione interna, ma un eventuale incremento della popolazione servita non può che riflettersi in un maggiore impegno richiesto al vertice aziendale.

In tutti e tre i casi analizzati è stato possibile osservare un riassetto nelle modalità e nei meccanismi di esercizio delle proprie funzioni da parte dei vertici aziendali a seguito della fusione. Se tutte le aziende hanno utilizzato una pluralità di leve per assicurarsi una capacità di governo adeguata alla nuova condizione, ciascuna di esse può essere caratterizzata in termini di una specifica strategia di governo ovvero dell'enfasi posta su qualche specifico elemento nel mix di strumenti utilizzati e interventi posti in essere.

Nel caso della ASL Roma 1, l'idea di fondo sembrerebbe essere stata quella di un rafforzamento della capacità del vertice di affrontare la nuova dimensione attraverso una migliore definizione del ruolo dei singoli all'interno della triade e un maggiore supporto del sistema aziendale alle funzioni di governo. Per quanto riguarda i ruoli nella triade, l'interiorizzazione di un insieme di assunti condivisi ha consentito una maggiore specializzazione nei ruoli che ha aumentato l'efficienza collettiva, diminuendo al contempo le necessità di coordinamento. Un efficiente esercizio delle funzioni di governo dipende criticamente anche dal supporto offerto dall'azienda e dagli staff in particolare. In questo senso può essere interpretata, da una parte, la separazione tra area del governo e area di risposta ai bisogni che focalizza l'attenzione di linee amministrative e staff verso una specifica missione e, dall'altra, l'intervento sugli staff stessi, che vuole renderne più efficace il contributo rispetto al governo dell'azienda. In sintesi, a parità di composizione e in presenza di una domanda di governo in incremento proveniente soprattutto dall'ambiente esterno, il vertice strategico prova a essere più efficiente mobilitando risorse a proprio supporto.

La strategia che ispira le scelte della AUSL Toscana Centro è molto diversa e può essere letta in termini di focalizzazione. In questo caso l'obiettivo sembra essere stato quello di una riduzione della pressione rispetto a una delle dimensioni che concorrono a generare la domanda di governo, per poter così concentrare l'attenzione del vertice su aree evidentemente avvertite come maggiormente critiche o rispetto alle quali si preferisce l'impegno diretto del *top management*. La divisionalizzazione, resa possibile da una serie di precondizioni e coerentemente perseguita, libera tempo ed energie del vertice aziendale che possono essere dedicati alla ora più complessa gestione dell'ambiente esterno e dei suoi attori.

Ancora diversa è la scelta della ASL Città di Torino, che ha puntato a un sostanziale allargamento del vertice strategico, attraverso la cooptazione di nuovi soggetti. Tale scelta permette il controllo diretto di una "macchina produttiva" divenuta più grande e complessa. L'espansione della capacità di governo diretto

del vertice viene comunque supportata anche da un intervento sugli staff, intervento che dovrebbe rafforzare ulteriormente le capacità di indirizzo e supervisione del *top management*. Bisogna sottolineare che il contesto nel quale tale strategia è stata attuata è quello di una ASL che nel processo di fusione ha visto modificarsi solo in parte la domanda di governo proveniente dall'ambiente esterno, mentre la dimensione aziendale interna ha registrato un sostanziale raddoppio.

Com'è facile notare, si tratta di strategie di risposta molto diverse, che certamente possono essere messe in relazione con la specifica natura della domanda di governo che ciascuna azienda si è trovata ad affrontare. Non può comunque essere sottovalutata l'influenza nelle scelte della strategia della visione manageriale di cui il DG era portatore e del suo caratteristico stile di *leadership*.

## Appendice

### Protocollo intervista DG

1. Fasi del processo di fusione:
  - a. tempi dell'atto normativo che ha disposto la fusione;
  - b. tempi di approvazione dell'atto aziendale che ha deliberato la fusione;
  - c. data di decorrenza della fusione;
  - d. sintesi degli step per il passaggio alla nuova direzione (eventuale commissariamento);
  - e. tempi per il completamento dell'attribuzione degli incarichi di macrostruttura.
2. Conduzione e costruzione del processo di fusione e di riorganizzazione e modalità di coinvolgimento dei gruppi professionali nel processo.
3. Tempi per l'integrazione di: sistemi informativi, contratti, regolamento Alpi ecc.
4. Cambiamenti di ruolo in termini di aspettative e di effettivo esercizio delle strategie di governo nell'ambito della tecnostruttura (staff-amministrativa) e delle linee intermedie.
5. Eventuale inserimento di ruoli di coordinamento.
6. Dove viene scaricata la maggiore complessità:
  - a. cambiamento nelle attività nella giornata rispetto a quello che faceva prima;
  - b. distribuzione delle varie attività nel tempo.

### Protocollo intervista MM

1. Organizzazione e descrizione della struttura che governava prima e dopo la riorganizzazione (per evidenziare l'entità dell'aumento dimensionale):
  - a. tipologia di struttura;
  - b. obiettivi e attività;
  - c. numero di professionisti di cui si compone;
  - d. sedi.
2. Cambiamento di ruolo  
Come conseguenza dell'aumento dimensionale e di complessità della struttura che dirige, qual è la percezione di cambiamento nel suo ruolo rispetto alle seguenti dimensioni del framework teorico descritto da Mintzberg?
  - a. Dimensione decisionale:
    - I. tempo della giornata dedicato ad attività programmate e contingenti e a risolvere problemi improvvisi presentati dai subordinati;
    - II. potenziamento della funzione di delega o inserimento di ruoli di coordinamento per svolgere le attività programmate;

- III. cambiamento nel tempo dedicato:
  - alla burocrazia di cui si deve occupare;
  - alle aspettative dello staff e dei superiori;
  - alla pressione di raggiungere gli obiettivi prefissati;
  - alla capacità di esercitare influenza su altri ruoli dirigenziali o dell'azienda.
- a. Dimensione relazionale:
  - I. come il numero di persone da gestire ha modificato le relazioni (in termini di quantità e di qualità);
  - II. tempo dedicato agli appuntamenti/riunioni/incontri (modalità utilizzata con maggiore frequenza);
  - III. tipologia e tempo speso con subordinati/*peer*/superiori (frequenza di incontro).
- b. Dimensione informativa:
  - I. frequenza di utilizzo di forme di comunicazione quali mail, riunioni, comunicazioni orali per il passaggio di informazioni (comunicazione *face-to-face* e informale vs formale e scritta);
  - II. tipologia e durata delle interazioni.
3. Dove viene scaricata la maggiore complessità:
  - a. cambiamento nelle attività della giornata rispetto a quello che faceva prima;
  - b. distribuzione delle varie attività nel tempo.

## **Bibliografia**

- Currie G., Procter S. J., 2005. «The Antecedents of Middle Managers' Strategic Contribution: The Case of a Professional Bureaucracy», *Journal of Management Studies*, 42(7), pp. 1325-1356.
- Dutton J. E., Ashford S. J., 1993. «Selling Issues to Top Management», *Academy of Management Review*, 18(3), pp. 397-428.
- Fontana A., Frey, J. H., 2005. «The Interview: From Neutral Stance to Political Involvement», in Denzin N. K., Lincoln Y.S. (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, Sage Publications Ltd, pp. 695-727.
- MacNeill P., 1990. *Research Methods*, London, Routledge.
- Mintzberg H., 1973. *The Nature of Managerial Work*, New York, Harper and Row.
- Mintzberg H., 1979. «An Emerging Strategy of "Direct" Research», *Administrative Science Quarterly*, 24(4), pp. 582-589.
- Mishler E. G., 1986. *Research interviewing: Context and Narrative*, Cambridge (MA), Harvard University Press, pp. 118-119.
- Silverman D., 1997. *Qualitative Research: Theory, Method and Practice*, London, SAGE Publications Ltd.
- Wilkinson S., 1998. «Focus Group Methodology: a Review», *International Journal of Social Research Methodology*, 1(3), pp. 181-203.



# Capitolo 4. Il *middle management* e le sue percezioni

di Anna Romiti, Mario Del Vecchio, Gino Sartor<sup>1</sup>

## 4.1 La metodologia per l'analisi quantitativa

### 4.1.1 Struttura e somministrazione del questionario

I risultati delle interviste la loro condivisione e interpretazione attraverso il *focus group* con un gruppo di DG (si veda Capitolo 3) hanno costituito gli elementi di partenza per la definizione di un questionario volto a indagare il ruolo del MM e il suo eventuale cambiamento per effetto del processo di fusione.

Una parte del questionario è infatti stata costruita a partire dai temi emersi nella fase qualitativa della ricerca.

Un'altra parte, invece, deriva da una revisione della letteratura, che ha individuato un questionario già somministrato in altre ricerche (Buchanan et al. 2013) che rispondeva parzialmente ai nostri obiettivi; da esso è stata estratta una parte ritenuta utile ai nostri scopi.

Il questionario si compone delle seguenti sezioni (si veda *Appendice 2*):

- Sezione 1. Dati demografici
- Sezione 2. Ruolo attuale (post-fusione)
- Sezione 3. Ruolo precedente alla fusione
- Sezione 4. Esperienza lavorativa attuale
- Sezione 5. Cambiamento di ruolo tra il periodo pre-fusione e quello post-fusione.

Le variabili di cui alla sezione 4 (*Realtà del lavoro; Caratteristiche del lavoro; Dedizione al lavoro e all'organizzazione; Soddisfazione del lavoro*) e 5B (*Complessità e cambiamento*) avevano tutte modalità di risposta Likert (*profondamente in*

---

<sup>1</sup> Il capitolo, pur essendo il risultato del lavoro di tutti gli autori, può essere attribuito a: Anna Romiti per i paragrafi 4.3.3, 4.4.2; Mario Del Vecchio per i paragrafi 4.4.3, 4.5; Gino Sartor per i paragrafi 4.3.4, 4.4.1; Anna Romiti e Gino Sartor per i paragrafi 4.1.1, 4.1.2, 4.2, 4.3.1; Anna Romiti, Gino Sartor, Mario Del Vecchio per il paragrafo 4.3.2.

*disaccordo; abbastanza in disaccordo; né in disaccordo né d'accordo; abbastanza d'accordo; molto d'accordo).*

Per le domande e le affermazioni (item) del questionario si rimanda all'Appendice 2 del presente capitolo.

In una prima fase (da novembre 2018 a febbraio 2019) il questionario è stato somministrato a un campione pilota di MM appartenenti ad aziende non incluse nella ricerca, ma con caratteristiche simili (in quanto appartenenti alle stesse regioni delle aziende oggetto di analisi successiva e risultanti da processi di fusione), al fine di far emergere eventuali criticità dello strumento.

Il campione pilota ha dato un feedback positivo e, conseguentemente, si è proceduto alla somministrazione del questionario al campione scelto.

Il target finale del questionario era costituito dai MM delle aziende già coinvolte nella ricerca qualitativa (AUSL Toscana Centro, ASL Roma 1 e ASL Città di Torino), che rappresentano i casi di analisi.

Il gruppo di ricerca ha chiesto alle tre aziende di fornire un elenco contenente i nominativi e gli indirizzi mail di coloro che svolgevano i seguenti ruoli di *middle management*:

- Direttore di Unità Operativa Semplice Dipartimentale;
- Direttore di Unità Operativa Complessa;
- Direttore di Area;
- Direttore di Dipartimento;
- Direttore di Distretto.

La somministrazione del questionario è stata fatta online nel periodo compreso fra marzo e giugno 2019: la società incaricata di somministrare il questionario ha creato un link personalizzato e tutti i partecipanti hanno ricevuto per posta il link con cui accedervi.

Sono stati effettuati quattro solleciti nel periodo compreso tra marzo e aprile dello stesso anno, tramite posta elettronica, con lo scopo di aumentare il tasso di risposta.

#### *4.1.2 L'analisi fattoriale*

Il presente paragrafo descrive la tecnica utilizzata per analizzare le variabili della sezione 4 del questionario rispetto alle quali il rispondente doveva indicare il suo grado di accordo tramite scale Likert.

Per esaminare tali variabili è stata utilizzata l'analisi fattoriale esplorativa, volta a raccogliere differenti item riconducibili a un unico concetto, in un gruppo (fattore) in modo da elaborare un framework che renda più chiara e, allo stesso tempo, metodologicamente corretta la presentazione dei risultati.

Per ogni fattore è anche possibile calcolare un punteggio per ogni rispondente, in modo da effettuare confronti tra gruppi di rispondenti (ad esempio, per ruolo o per dimensione di struttura diretta).

I presupposti per effettuare l'analisi fattoriale esplorativa (EFA, *exploratory factor analysis*) sono stati verificati tramite test Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) per valutare l'adeguatezza della dimensione del campione e test di sfericità di Barlett.

Per effettuare l'analisi, alle risposte Likert è stato assegnato un punteggio da 1 a 5 (1 = *profondamente in disaccordo*; 2 = *abbastanza in disaccordo*; 3 = *né in disaccordo né d'accordo*; 4 = *abbastanza d'accordo*; 5 = *molto d'accordo*); è stata calcolata la matrice di correlazione tra gli item, basata su correlazioni polioriche (Timmerman e Lorenzo-Seva 2011); sono state escluse eventuali variabili altamente correlate tra loro (correlazione > 0.9) per evitare multicollinearità.

L'analisi è stata condotta utilizzando il metodo dei minimi residui con rotazione obliqua Oblimin per permettere che i vari fattori fossero in relazione tra loro (Costello e Osborne 2005).

Il numero di fattori da ritenere è stato calcolato tramite *parallel analysis* (Timmerman e Lorenzo-Seva 2011); qualora uno o più item non presentassero un loading > 0,36 (Stevens 2012) su alcun fattore e/o presentassero un elevato grado di cross-loading (non fossero appartenenti univocamente a un solo fattore), sono stati eliminati uno alla volta (partendo da quello con parametri peggiori o, a sostanziale parità di parametrizzazione, sulla base di considerazioni a priori da parte dei ricercatori).

Le analisi sono state quindi ripetute finché non si è giunti a un modello EFA senza loading < 0,36 e senza eccessivo cross-loading (differenza tra loading del primo fattore e quello del secondo > 0,10); per ogni fattore del modello è stata calcolata la consistenza interna tramite alpha di Cronbach; sono stati successivamente eliminati, uno alla volta, gli item con r-drop < 0,3, ovvero quelli la cui eliminazione aumentava significativamente la consistenza interna del fattore; in seguito all'eliminazione di ciascun item è stata ricondotta l'analisi fattoriale. Qualora un fattore non abbia raggiunto una consistenza interna di alpha > 0,7 è stato escluso.

Al fine di calcolare uno *score* complessivo che ogni rispondente ha ottenuto su ciascun fattore (sulla base delle singole risposte date agli item che costituiscono il fattore), è stato utilizzato il metodo della regressione.

Le analisi sono state condotte utilizzando il software R 3.5.1, in particolare utilizzando per l'EFA il pacchetto statistico *psych*.

## 4.2 Il campione. Composizione e descrizione

Allo studio hanno aderito 170 soggetti con un tasso di risposta complessivo del 27%. Il numero di questionari inviati, di questionari compilati e la percentuale di risposta sono evidenziati in Tabella 4.1.

**Tabella 4.1 - Numero di questionari inviati, compilati e percentuale di risposta**

	Roma 1	Toscana Centro	Città di Torino	Totale
Totale risposte	44	82	44	170
Questionari inviati	124	404	88	616
% di risposta	35%	20%	50%	27%

Il campione è composto prevalentemente da maschi (62%). Tre quarti del campione hanno più di 55 anni e più del 90% hanno più di 50 anni. Stante la strutturazione dei criteri di accesso alla dirigenza nel Servizio Sanitario Nazionale, non è sorprendente che il 90% degli intervistati abbia conseguito un titolo di studio post-laurea.

Il test del chi-quadro conferma l'adeguatezza del campionamento con riferimento all'età ( $p = 0,142$ ), al genere ( $p = 0,127$ ) e al titolo di studio ( $p = 0,524$ ).

La Tabella 4.2 presenta le principali caratteristiche dei soggetti rispondenti.

**Tabella 4.2 - Rispondenti per fascia d'età, genere, titolo di studio e azienda di appartenenza**

	Roma 1 (N=44)	Toscana Centro (N=82)	Città di Torino (N=44)	Totale (N=170)	p value
<b>Fascia d'età</b>					0,142
36 + 40	0 (0%)	2 (2%)	0 (0%)	2 (1%)	
41 + 45	0 (0%)	5 (6%)	0 (0%)	5 (3%)	
46 + 50	3 (7%)	3 (4%)	3 (7%)	9 (5%)	
51 + 55	4 (9%)	11 (14%)	7 (16%)	22 (13%)	
56 + 60	13 (29%)	23 (28%)	18 (41%)	54 (32%)	
61 + 65	18 (41%)	33 (40%)	16 (36%)	67 (39%)	
> 65 anni	6 (14%)	5 (6%)	0 (0%)	11 (7%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Genere</b>					0,127
Femmina	22 (50%)	26 (32%)	16 (36%)	64 (38%)	
Maschio	22 (50%)	56 (68%)	28 (64%)	106 (62%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Titolo di Studio</b>					0,524
Laurea	5 (11%)	13 (16%)	4 (9%)	22 (13%)	
Post-laurea	39 (89%)	69 (84%)	40 (91%)	148 (87%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	

Se guardiamo all'inquadramento dei soggetti intervistati, emerge come, in tutte le aziende considerate, la gran parte (circa i tre quarti) dei rispondenti siano dirigenti medici.

Per gli inquadramenti meno rappresentati nel campione, vi sono delle differenze tra le ASL analizzate: a Torino<sup>1</sup> la percentuale più alta dopo i medici, è quella dei dirigenti amministrativi, mentre a Roma<sup>2</sup> e in Toscana<sup>1</sup> quella dei dirigenti sanitari non medici. Al di là della variabilità interna evidenziata, da un punto di vista statistico non vi sono differenze significative tra le tre aziende ( $p = 0,530$ ) (si veda la successiva Tabella 4.3).

Dal punto di vista del ruolo, più del 75% dei rispondenti è costituito da direttori di unità operativa complessa o unità operativa semplice dipartimentale, mentre circa il 12% da direttori di dipartimento. In Toscana i direttori di area rappresentano l'8% dei rispondenti mentre non sono pervenuti questionari dai direttori di distretto. A Torino e Roma, invece, quasi il 10% dei rispondenti è direttore di distretto, mentre non ci sono molti rispondenti direttori di area, anche perché le strutture organizzative delle due aziende prevedono un numero minore di aree (si veda Tabella 4.3).

<sup>2</sup> D'ora in poi ci riferiremo all'ASL Roma 1 semplicemente con il termine *Roma*; all'AUSL Toscana Centro con il termine *Toscana*; all'ASL Città di Torino con il termine *Torino*.

**Tabella 4.3 - Rispondenti per inquadramento, ruolo, numero di unità di personale dirette, azienda di provenienza, cambio di ruolo post-fusione e azienda di appartenenza attuale**

	Roma (N=44)	Toscana Centro (N=82)	Città di Torino (N=44)	Totale (N=170)	p value
<b>Inquadramento attuale</b>					0,530
Dirigente amministrativo	4 (9%)	8 (10%)	7 (16%)	19 (11%)	
Dirigente medico	35 (80%)	61 (75%)	35 (80%)	131 (77%)	
Dirigente professionale	1 (2%)	2 (2%)	0 (0%)	3 (2%)	
Dirigente tecnico	1 (2%)	2 (2%)	0 (0%)	3 (2%)	
Dirigente sanitario non medico	3 (7%)	7 (9%)	0 (0%)	10 (6%)	
Altro	0 (0%)	2 (2%)	2 (4%)	4 (2%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Ruolo attuale</b>					0,143
Direttore di Area	3 (7%)	7 (9%)	1 (2%)	11 (6%)	
Direttore Dipartimento	6 (14%)	10 (12%)	5 (12%)	21 (12%)	
Direttore Distretto	4 (9%)	0 (0%)	4 (9%)	8 (5%)	
Direttore UOC/UOSD	31 (70%)	65 (79%)	34 (77%)	130 (77%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Numero unità personale diretto</b>					0,161
Dato mancante	4	10	8	22	
1-15	8 (20%)	33 (46%)	10 (28%)	51 (34%)	
16-30	8 (20%)	13 (18%)	8 (22%)	29 (20%)	
31-45	6 (15%)	6 (8%)	4 (11%)	16 (11%)	
46+	18 (45%)	20 (28%)	14 (39%)	52 (35%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Azienda di provenienza</b>					-
ASL Empoli	0 (0%)	17 (21%)	0 (0%)	17 (10%)	
ASL Firenze	0 (0%)	31 (38%)	0 (0%)	31 (18%)	
ASL Pistoia	0 (0%)	17 (21%)	0 (0%)	17 (10%)	
ASL Prato	0 (0%)	16 (19%)	0 (0%)	16 (10%)	
ASL Roma A	10 (23%)	0 (0%)	0 (0%)	10 (6%)	
ASL Roma E	32 (73%)	0 (0%)	0 (0%)	32 (19%)	
ASL Torino 1	0 (0%)	0 (0%)	17 (39%)	17 (10%)	
ASL Torino 2	0 (0%)	0 (0%)	26 (59%)	26 (15%)	
Altra ASL	2 (4%)	1 (1%)	1 (2%)	4 (2%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	
<b>Cambio ruolo post-fusione</b>					0,031*
Ruolo Cambiato	23 (52%)	31 (38%)	11 (25%)	65 (38%)	
Ruolo Non Cambiato	21 (48%)	51 (62%)	33 (75%)	105 (62%)	
<b>Totale</b>	44 (100%)	82 (100%)	44 (100%)	170 (100%)	

Mediamente, le strutture dirette dai *middle manager* (MM) intervistati di Roma e Torino sono più grandi in termini di personale, con rispettivamente circa il 45% e il 38% delle strutture con più di 45 unità di personale.

Le strutture della Toscana sono invece più piccole (il 46% delle strutture ha meno di 16 unità di personale). Ciò può essere spiegato dal fatto che l'azienda è più distribuita geograficamente e questo richiede la replica di unità operative

in siti geografici diversi. Un esempio può essere quello del Dipartimento Materno-infantile, Area Pediatria e Ginecologia, che comprende strutture complesse che ricalcano le strutture delle precedenti aziende fuse.

I MM delle nuove aziende sono quasi tutti provenienti dalle precedenti aziende fuse. Tuttavia, in seguito alla fusione, molti sono stati i MM che hanno cambiato ruolo manageriale.

Nel nostro campione, Roma è stata l'azienda che ha riportato la maggior percentuale di cambiamenti di ruolo (50%). La Toscana si colloca a livello intermedio, con circa il 38% dei manager che hanno cambiato ruolo rispetto al periodo precedente alla fusione. A Torino solo il 25% dei rispondenti ha riferito un cambiamento di ruolo (si veda Tabella 4.3).

### 4.3 I risultati dell'analisi fattoriale esplorativa

Come descritto nella sezione della metodologia, per l'analisi dei gruppi di item della sezione 4 del questionario, che avevano una modalità di risposta Likert, è stata utilizzata la tecnica dell'analisi fattoriale esplorativa; quest'ultima permette di raggruppare gli item in gruppi (fattori) che identificano uno specifico fenomeno, in modo da interpretare e presentare i risultati basandosi su una metodologia statistica.

#### 4.3.1 Il modello generale<sup>3</sup>

Mediante l'analisi fattoriale abbiamo ottenuto un modello formato da cinque gruppi di item, che spiegano il 49% della varianza totale (si veda la successiva Tabella 4.4).

I fattori hanno buona consistenza interna (alpha di Cronbach compresa tra 0,77 e 0,89; per maggiori dettagli vedasi modello in *Appendice 1*), indicando che al loro interno i gruppi di item misurano un unico concetto (*unidimensionalità*).

---

<sup>3</sup> Verifica delle assunzioni: al fine di verificare l'adeguatezza del campionamento per poter effettuare l'analisi, abbiamo utilizzato il test di Kaiser-Meyer-Olkin (KMO test). Il risultato pari a 0,79 indica un campionamento adeguato. Per verificare se fossero individuabili gruppi omogenei di item, che appunto l'analisi esplorativa mira a identificare, è stato usato il test di sfericità di Bartlett: questo è risultato significativo ( $\chi^2(2.628) = 7.018.24$ ,  $p < .001$ ), confermando cioè che tra le variabili vi è correlazione tale da poter ipotizzare la presenza di fattori omogenei. Allo stesso tempo, al fine di escludere la presenza di eccessiva correlazione tra le variabili (multicollinearità) è stata analizzata la matrice di correlazione per verificare che non vi fossero variabili con correlazione  $> 0,9$ . Da notare che sono presenti due variabili con correlazione  $> 0,8$ .

**Tabella 4.4 - Varianza cumulativa spiegata dai fattori del modello**

	Fattore 1	Fattore 2	Fattore 3 (-)	Fattore 4	Fattore 5
Varianza spiegata	13%	13%	12%	7%	5%
Varianza cumulativa spiegata	13%	26%	35%	42%	49%
Consistenza interna (alpha)	0,89	0,86	0,82	0,77	0,85

Verrà di seguito proposta un'analisi per ciascuno dei cinque fattori individuati dall'analisi fattoriale, comparando il dato emerso con quanto riportato in letteratura (per un esame più approfondito delle opere citate si rimanda al Capitolo 1).

L'analisi di ciascun fattore sarà effettuata anche richiamando i più significativi dati emersi in termini di frequenze di risposta ai singoli item di ciascun fattore.

A tal fine, allo scopo di interpretare meglio i risultati, le frequenze sono state accorpate sommando le risposte positive di diverso grado (*profondamente d'accordo* e *abbastanza d'accordo*) e le risposte negative di diverso grado (*profondamente in disaccordo* e *abbastanza in disaccordo*).

#### 4.3.2 L'analisi dei fattori

##### *Fattore 1. Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione*

Il primo fattore include le variabili che misurano il grado di riconoscimento del proprio ruolo da parte di altri soggetti inseriti nella gerarchia aziendale e gli elementi riconducibili alla gratificazione e alla soddisfazione dei soggetti interessati. Gli item relativi a questo fattore sono presentati in Tabella 4.5.

**Tabella 4.5 - Fattore 1. Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione: percentuali di accordo con gli item del fattore**

Item	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
Sono in grado di esercitare un'influenza sulle decisioni aziendali (anche nelle strutture di cui non sono responsabile)	35%	34%	31%
L'assunzione da parte mia di un ruolo manageriale è apprezzata dai clinici	7%	29%	64%
All'interno dell'azienda è percepibile, a tutti i livelli, la presenza di una leadership	19%	15%	66%
In quest'azienda sono presenti modelli di ruoli manageriali da assumere come riferimento	21%	34%	45%
Ottingo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo	36%	25%	39%
Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo	34%	32%	34%
Nel complesso, sono soddisfatto del mio lavoro	13%	9%	78%
Nel complesso, sono soddisfatto dell'azienda di cui sono parte, al momento attuale	20%	14%	66%
Nel complesso, sono soddisfatto di quest'azienda, confrontandola con altre che conosco	14%	20%	66%

Andando ad analizzare i singoli item del fattore, secondo una parte rilevante del nostro campione (64%), l'assunzione di un ruolo manageriale da parte del MM è apprezzata dagli altri clinici.

Questo è in contrasto con alcune evidenze di letteratura secondo cui i MM sono consapevoli della percezione negativa che circonda il proprio ruolo e che viene attribuita alla crescente pressione che i sistemi sanitari hanno esercitato sulle aziende rendendo sempre più difficile, per loro, il raggiungimento degli obiettivi assegnati (Belasen e Belasen 2016).

La letteratura riporta anche scarsi livelli di apprezzamento per il lavoro svolto dai MM, nonostante l'importante ruolo da essi svolto (Belasen 2014), sia in termini di remunerazione sia in termini di potere esercitato e status (Buchanan et al. 2013).

Da questo punto di vista l'indagine effettuata ci consegna risultati molto interessanti. Innanzitutto, bisogna segnalare un elevato, e per certi versi sorprendente, livello di soddisfazione, dei rispondenti per il proprio lavoro (77%) e per l'azienda a cui appartengono (65%) anche quando quest'ultima viene paragonata ad altre aziende (66%).

Tale soddisfazione sembra più derivare da elementi intrinseci dei soggetti, rispetto ai contenuti delle attività, che da fattori esterni. Infatti, quando si passa, da una parte, al riconoscimento dei risultati (evidentemente da parte dell'azienda o di altri soggetti) e, dall'altra, al potere che il ruolo garantisce o all'influenza esercitata, il campione si divide nelle risposte in maniera pressoché omogenea tra i tre diversi giudizi (*accordo*, *disaccordo* e *neutro*).

Sempre in relazione alla soddisfazione estrinseca (riconoscimento e gratificazione), bisogna comunque notare come la percentuale di insoddisfatti, in tutte e tre le risposte considerate, si attesti a circa un terzo dei rispondenti, percentuale che, pur destando qualche preoccupazione sulla capacità delle aziende di riuscire a realizzare condizioni di lavoro gratificanti per i propri MM, è lontana da taluni scenari pessimistici sulla motivazione delle persone.

### *Fattore 2. Dedizione al lavoro e all'azienda*

All'interno del secondo fattore vi sono variabili che, nel loro complesso, misurano il grado di dedizione al proprio lavoro e alla propria azienda, in sintesi il *commitment*. Per gli item presenti in questo fattore si rimanda alla Tabella 4.6.

**Tabella 4.6 - Fattore 2. Dedizione al lavoro e all'azienda: percentuali di accordo con gli item del fattore**

Item	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
Nel lavoro, sono in contatto con colleghi molto validi e competenti	2%	15%	83%
Sono motivato nel formare altro personale	1%	7%	92%
Mi gratifica sapere che il mio lavoro ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda	5%	10%	85%
Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro	7%	18%	75%
A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore	56%	27%	17%
Non consiglierei ad un amico di unirsi alla nostra unità operativa o dipartimento	79%	12%	9%
Nonostante le pressioni che ho per rispettare gli obiettivi di budget, non ho mai pensato seriamente di lasciare quest'azienda	13%	11%	76%
Sento di essere parte dell'azienda	6%	14%	80%
Nel lavoro sono convinto che le attività e gli sforzi quotidiani non siano solo per la mia carriera ma anche per l'azienda	5%	7%	88%

Come suggerito dalla letteratura internazionale, il livello di *commitment* è importante per diversi aspetti. Una mancanza di *commitment* può essere associata a problemi o ritardi nell'implementazione delle decisioni del vertice (Floyd e Wooldridge 1994). Inoltre, bassi livelli di *commitment* della parte “più alta” del MM si possono riflettere su altrettanto bassi, se non minori, livelli di *commitment* dei direttori delle unità operative che a essi rispondono e degli stessi operatori (Alhaqbani et al. 2016).

In letteratura non ci sono risultati univoci sul livello di *commitment* riscontrato nelle aziende sanitarie, anche se esso rappresenta la base per costruire una collaborazione con i livelli di *management* superiori che può essere limitata dalla tendenza dei professionisti a essere più dedicati alla professione che all'azienda (Mintzberg 2012).

Il nostro campione, rispetto a questo fattore, mostra invece una tendenza chiara verso un livello molto elevato di *commitment*. Andando a leggere in dettaglio i risultati delle singole variabili che compongono il fattore, è molto alta la percentuale di MM che si sente parte dell'azienda per cui lavora (circa l'80% dei rispondenti) e che si sente gratificata nel contribuire al raggiungimento degli obiettivi della propria azienda (85%). Inoltre, i MM sembrano legati al proprio lavoro e il 55% non lo cambierebbe nemmeno se gliene venisse offerto uno migliore. Una parte importante del campione (76%) non ha mai seriamente pensato di lasciare l'azienda per cui lavora.

Nella dedizione all'azienda sembra giocare un ruolo anche il giudizio sui colleghi visto che un'ampia maggioranza del campione (83%) ritiene di lavorare con soggetti molto validi e competenti.

La dedizione all'azienda e al proprio lavoro si evince anche da altri tre elementi: il 92% del campione è motivato nel formare nuovo personale, l'80% consiglierebbe a un amico di unirsi all'azienda e l'88% ritiene che i propri sforzi quotidiani siano volti non solo alla propria carriera, ma anche al prosperare dell'azienda. Anche in questo caso, come per il fattore 1, il quadro che l'indagine restituisce è molto positivo e contraddice una immagine di demotivazione diffusa nelle aziende che spesso viene implicitamente assunta in molte analisi e proposte.

### *Fattore 3. Percezione del proprio ruolo manageriale*

Il terzo fattore è relativo alla percezione da parte del MM del proprio ruolo manageriale. Questa è influenzata dalla capacità di gestire responsabilità manageriali, di conciliare la componente professionale con quella manageriale, di assumere un ruolo di riferimento per i colleghi. Per la verifica degli item presenti in questo fattore si rimanda alla Tabella 4.7.

**Tabella 4.7 - Fattore 3. Percezione del proprio ruolo manageriale: percentuali di accordo con gli item del fattore**

Item	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato	18%	24%	58%
Ho difficoltà ad accettare le responsabilità tipiche di un manager	76%	14%	10%
A volte mi sento a disagio nel coordinare i miei colleghi	69%	18%	13%
Spesso faccio fatica a rendere compatibili le esigenze che nascono dalla componente manageriale e da quella professionale (clinica/tecnico-amministrativa)	30%	31%	39%
Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo	21%	17%	62%
Sono dispiaciuto per aver dovuto ridurre l'impegno dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) a favore di un maggior impegno richiesto dalla componente manageriale	35%	28%	37%
Ho dovuto accettare la responsabilità di compiti che sono oltre le mie capacità ed esperienza	66%	25%	9%
Sebbene nel mio ruolo sia prevista una componente di responsabilità di tipo manageriale, non mi piace esser considerato un manager	49%	27%	24%

Per provare a comprendere meglio le risposte fornite è opportuno separare nell'analisi due componenti che insieme costituiscono il fattore qui considerato: la percezione dell'adeguatezza a ricoprire un ruolo manageriale (compresa la desiderabilità del ruolo stesso) e l'equilibrio tra l'impegno professionale e quello manageriale.

Per quanto riguarda l'adeguatezza, gli intervistati sembrano sentirsi pienamente a loro agio nel ricoprire ruoli manageriali, a partire dalla base di conoscenze necessarie.

La letteratura sottolinea come spesso i MM in sanità abbiano la percezione di una formazione manageriale non all'altezza del ruolo che ricoprono: vi sono MM che, oltre alla formazione clinica, hanno ricevuto una formazione manageriale adeguata, altri che non hanno ricevuto alcuna (o non adeguata) formazione e altri ancora per i quali la formazione non è necessaria, viste le dimensioni limitate delle unità che gestiscono (Currie e Procter 2005).

Nel nostro campione meno del 20% dei rispondenti riporta una formazione insufficiente o inadeguata mentre quasi il 60% ritiene di essere stato adeguatamente formato per il lavoro manageriale che svolge.

A rafforzare l'idea che sia diffusa tra gli intervistati una piena fiducia nei propri mezzi concorre anche una limitatissima percentuale del campione (meno del 10%) che riporta di aver assunto compiti e responsabilità ritenuti eccedere oltre la propria capacità ed esperienza.

La complessità del ruolo manageriale in sanità deriva anche dalla natura professionale delle organizzazioni, la quale rappresenta una difficoltà specifica che si aggiunge a quella di dover evolvere verso un ruolo manageriale partendo da un background clinico.

I MM ibridi, infatti, normalmente coordinano altri professionisti che hanno pari, se non superiori, competenze cliniche in determinati ambiti specialistici (Preston e Loan-Clarke 2000), professionisti che essendo detentori di competenze molto elevate sono abituati ad ampi gradi di autonomia. Ciononostante, solo il 13% dei manager del nostro campione riferisce di essere a disagio nel coordinare i propri colleghi. Peraltro, solo il 24% dei MM del campione non apprezza l'essere considerato un manager e preferisce rimanere ancorato alla sua identità di professionista.

La seconda questione è quella dell'equilibrio tra impegni manageriali e professionali. In letteratura si sottolinea spesso come possano emergere problemi quando aumenta il carico di responsabilità manageriale rispetto a quello professionale, in quanto ciò può comportare problemi di «identità» (Forbes et al. 2006), soprattutto quando tale passaggio non è supportato da una adeguata preparazione (Porter et al. 2006).

Per quanto riguarda la distribuzione degli impegni, più del 60% del nostro campione riporta di aver dovuto ridurre il tempo dedicato alla componente professionale.

Dall'analisi qualitativa (si veda Capitolo 3) è emerso come tale riduzione sia da ritenersi una conseguenza dell'aumento di complessità che la fusione aziendale ha determinato.

La Tabella 4.8 evidenzia come la componente manageriale del lavoro sia salita. Il 46% dei rispondenti impegnava meno del 40% del proprio tempo per attività manageriali prima della fusione, mentre tale percentuale si è ridotta al 15% dopo la fusione.

**Tabella 4.8 - Tempo dedicato al ruolo manageriale sul totale del tempo lavorativo, prima e dopo la fusione aziendale**

	Pre-fusione	Post-fusione
0 - 20%	27 (16%)	5 (3%)
20 - 40%	51 (30%)	21 (12%)
40 - 60%	48 (28%)	52 (31%)
60 - 80%	27 (16%)	46 (27%)
> 80%	17 (10%)	46 (27%)
Totale	170 (100%)	170 (100%)

**Tabella 4.9 - Tipologia di relazioni prevalenti, confronto tra ruoli nel pre e nel post fusione**

	Direttore Dipartimento (N=14)		Direttore Distretto (N=4)		Direttore UOC/UOSD (N=87)		Totale (N=105) *	
	Pre-fusione	Post-Fusione	Pre-fusione	Post-Fusione	Pre-fusione	Post-Fusione	Pre-fusione	Post-Fusione
Alto	25%	23%	19%	20%	20%	20%	21%	20%
Basso	39%	37%	32%	34%	45%	44%	44%	43%
Laterale intra-azienda	19%	25%	24%	26%	21%	23%	21%	23%
Laterale extra-azienda	17%	15%	25%	20%	14%	13%	14%	14%
Totale	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

\* La Tabella non include gli MM che hanno cambiato ruolo dopo la fusione

In Tabella 4.9 è riportata, in ogni colonna, la percentuale di tempo che ogni ruolo di MM dedica alle diverse tipologie di relazioni: verso l'alto (livello gerarchicamente superiore), verso il basso (livello gerarchico inferiore o linee operative), laterali interne all'azienda (pari livello o altro livello di altri dipartimenti), laterali esterne all'azienda (strutture private convenzionate, organismi politici regionali, agenzie di sanità, organismi di controllo) (Mintzberg 1973) (si vedano domande 5.C1 e 5.C2 in *Appendice 2*) nel periodo pre-fusione e post-fusione.

In un quadro di sostanziale stabilità, un leggero cambiamento sembra avere interessato le relazioni laterali, cioè i rapporti con MM di altri dipartimenti o altre unità operative, che sono aumentate. Sembrerebbe, quindi, che a essere aumentata sia la complessità delle relazioni intra-organizzative rispetto a

quella derivante da una unità operativa mediamente più grande che avrebbe potuto richiedere un maggiore impegno nelle “relazioni verso il basso”.

Se la percentuale di tempo dedicata al *management* è visibilmente aumentata, la natura e i contenuti del lavoro manageriale non sembrano avere subito cambiamenti radicali, almeno per quanto riguarda le relazioni.

Un ultimo aspetto di rilievo da considerare è la reazione o il giudizio (caturati attraverso il concetto di *dispiacere*) che i MM esprimono rispetto a una compressione del tempo dedicato alla professione.

**Tabella 4.10 - Riduzione del tempo dedicato ad attività professionale e dispiacere per tale riduzione**

	Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo				
		Disaccordo	Neutro	Accordo	Totale
Sono dispiaciuto per aver dovuto ridurre l'impegno dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) a favore di un maggior impegno richiesto dalla componente manageriale	Disaccordo	29 (17%)	8 (5%)	22 (13%)	59 (35%)
	Neutro	4 (2%)	17 (10%)	27 (16%)	48 (28%)
	Accordo	2 (1%)	4 (2%)	57 (34%)	63 (37%)
	Totale	35 (21%)	29 (17%)	106 (62%)	170 (100%)

Dalla Tabella 4.10 si evince come la reazione si distribuisca omogeneamente tra le categorie considerate. In realtà la valutazione va approfondita incrociando le due dimensioni rilevanti: la percezione della compressione del tempo e il giudizio. Così è possibile vedere come dei 106 che dichiarano di avere dovuto ridurre il tempo dedicato alla professione, poco più della metà (57) si dichiarano dispiaciuti. Si tratta ovviamente di una percentuale significativa, ma che non corrisponde all'immagine diffusa di un MM ibrido che nella sua totalità assume, con una certa riluttanza, le responsabilità manageriali.

Bisogna inoltre sottolineare come la significatività dell'aumento degli impegni manageriali registrato con la fusione (si veda Tabella 4.8) avrebbe potuto generare una reazione molto più decisa e diffusa.

#### *Fattore 4. Pressione manageriale*

Il quarto fattore si riferisce alla pressione manageriale, che rappresenta una misura del peso e del tempo dedicato all'impegno manageriale, in termini di obiettivi da raggiungere, difficoltà legate alla necessità di coinvolgere un ampio nu-

mero di persone per poter prendere decisioni, pressione per scadenze da rispettare, priorità confliggenti cui far fronte. Gli item presenti in questo fattore sono elencati in Tabella 4.11.

**Tabella 4.11 - Fattore 4. Pressione manageriale e carico burocratico: percentuali di accordo con gli item del fattore**

Item	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
Il carico della burocrazia è aumentato	12%	14%	74%
Nel mio lavoro, l'esigenza di gestire il mio dipartimento, la mia UOC o la mia UOSD come fosse un'azienda privata, è aumentata	23%	31%	46%
La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata	12%	16%	72%
Utilizzo una grande quantità di tempo per rispondere a richieste di informazioni, scrivere report e produrre piani operativi	11%	21%	68%
Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali	19%	28%	53%
Sono continuamente a rincorrere le scadenze	19%	23%	58%
Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento	6%	26%	68%
Le mie priorità cambiano ogni settimana	44%	25%	31%

Una parte della letteratura segnala come negli anni il ruolo del MM in sanità abbia visto una crescita del carico di lavoro con orari di lavoro più lunghi, simili a quelli presenti in altri settori (Thorpe e Loo 2003).

In questa prospettiva, la fusione aziendale può in parte aver accentuato una tendenza che era già presente. Tutti gli item del fattore considerato segnalano, infatti, una forte e crescente pressione che gli intervistati registrano. Tale pressione sembrerebbe in parte rientrare in una sfera legittima e fisiologica (per esempio la pressione sugli obiettivi), ma in parte viene ascritta a fenomeni negativi quali, per esempio, una deriva burocratica o una complicazione evitabile dei processi decisionali (coinvolgimento di un ampio numero di persone).

La natura prevalentemente ibrida dei ruoli di MM in sanità potrebbe portare poi a far rientrare tra i “fattori negativi” anche una parte della “fisiologia manageriale” come la rendicontazione all'azienda del proprio operato o il contributo al funzionamento di normali sistemi operativi aziendali (report o piani operativi aziendali). Da notare, infine, come nonostante la percezione di una fortissima pressione esogena (rincorrere le scadenze), rimane sufficientemente saldo il controllo dell'agenda delle priorità (in altri termini, le priorità non cambiano).

*Fattore 5. Gestibilità del carico di lavoro*

L'ultimo fattore si riferisce alla gestibilità del carico di lavoro e alla possibilità di ritagliare adeguati spazi di tempo libero. Per l'elenco degli item di questo fattore si veda la Tabella 4.12.

**Tabella 4.12 - Fattore 5. Gestibilità del carico di lavoro: percentuali di accordo con gli item del fattore**

Item	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile	35%	20%	45%
Il tempo che ho a disposizione è sufficiente per fare tutto ciò che il mio ruolo manageriale richiede	58%	13%	29%
Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata	42%	24%	34%

Guardando alla letteratura, l'attività del MM operante in sanità è considerata come un «lavoro estremo» (Buchanan et al. 2013), con una pressione lavorativa spesso non facilmente gestibile (Carlstrom 2012).

I risultati della nostra indagine sul punto non sono univoci e, in parte, divergono dalle indicazioni prevalenti presenti in letteratura.

Se consideriamo la valutazione che i rispondenti danno sulla quantità di tempo a disposizione per fare tutto ciò che il proprio ruolo manageriale richiede, una parte abbastanza elevata del campione (57%) sostiene che il tempo non è sufficiente e che non è in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata (41%), ma una larga fetta di rispondenti ritiene che il carico di lavoro sia comunque gestibile (45%).

Se consideriamo quindi complessivamente i risultati di questo fattore, sebbene vi sia una generalizzata tendenza a “lamentarsi” da parte dei MM per il carico di lavoro sopportato, la posizione e il ruolo da essi assunti li portano a dichiarare che il carico sia comunque gestibile.

#### 4.3.3 La relazione tra i fattori

Dopo aver individuato ed esaminato i fattori risultati dall'analisi fattoriale esplorativa, risulta interessante indagare anche l'eventuale presenza di relazioni tra i fattori.

Non è obiettivo di questo lavoro andare ad approfondire le dinamiche sottostanti quanto, piuttosto, trarre alcune prime considerazioni di sintesi sui più significativi risultati emersi dall'analisi di correlazione effettuata tra i fattori e tentare un confronto con le evidenze presenti in letteratura (si veda Capitolo

2). La Tabella 4.13 mostra i risultati dell'analisi di correlazione condotta tra i fattori.

**Tabella 4.13 - Correlazioni tra fattori**

	Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione	Dedizione al lavoro e all'azienda	Percezione del proprio ruolo manageriale (-)	Pressione manageriale	Gestibilità del carico di lavoro
Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione	1				
Dedizione al lavoro e all'azienda	0,49	1			
Percezione del proprio ruolo manageriale (-)	-0,28	-0,20	1		
Pressione manageriale	-0,13	0,06	0,13	1	
Gestibilità del carico di lavoro	0,23	0,09	-0,17	-0,30	1

Non è stata riscontrata una sostanziale correlazione tra pressione manageriale e dedizione al lavoro e all'azienda ( $r = 0,06$ ), probabilmente perché se da un lato essa porta a sopportare livelli di pressione maggiori, dall'altro questi ultimi riducono la dedizione stessa.

La mancanza sostanziale di correlazione si è registrata, inoltre, tra dedizione al lavoro e all'azienda e gestibilità del carico di lavoro ( $r=0,09$ ).

La correlazione più intensa in questo studio è quella tra il fattore denominato "riconoscimento, gratificazione, soddisfazione" e quello relativo a "dedizione al lavoro e all'azienda". L'influenza reciproca tra questi due fattori è molto indagata in letteratura, dove viene sottolineata la presenza di una forte relazione tra le variabili relative alla dedizione al lavoro e all'azienda (il *commitment* della letteratura internazionale) e varie forme di riconoscimento e gratificazione assegnate dall'organizzazione (Eisenberger et al. 1986). In genere, infatti, il supporto che l'organizzazione dà ai propri dipendenti influisce in maniera positiva sul *commitment* (Meyer e Smith 2001) e questo è confermato anche in ambito sanitario (Stankiewicz-Mróz 2018).

La mancanza di correlazione tra la dedizione al lavoro e all'azienda e la pressione manageriale non è invece confermata in letteratura. Alcuni studi riportano infatti come il MM abbia spesso difficoltà nel gestire i cambiamenti derivanti da un aumento di pressione e come questo impatti in maniera negativa anche sul *commitment* (Carlstrom 2012).

La differenza di risultato rispetto alla letteratura può essere attribuibile al fatto che, sebbene anche in questo lavoro la pressione manageriale sia correlata

negativamente con la gestibilità del carico di lavoro, un'ampia parte del campione considera il carico di lavoro ancora gestibile, nonostante l'aumento del livello di pressione.

Il risultato potrebbe inoltre risentire anche dell'elevato grado di soddisfazione riscontrato in questa ricerca, che potrebbe aver attenuato gli effetti della percezione di pressione sul proprio ruolo. Anche questo è in contrasto con la letteratura che evidenzia come l'aumento di pressione sul MM, derivante da riforme nell'ambito delle organizzazioni sanitarie, incide spesso in modo molto negativo, e non debolmente come rilevato in questo studio, su elementi quali la *job satisfaction* (Steane et al. 2015, Teo et al. 2016).

Un'altra motivazione del differente risultato rispetto alla letteratura riguarda l'alto grado di confidenza riscontrato dai MM nelle proprie competenze, grazie al quale essi considerano gestibile l'aumento di carico di lavoro. Questo è confermato anche dalla relazione positiva (il valore di  $r$  è negativo, ma il Fattore 3 è inversamente codificato, si veda *Appendice 1*) tra percezione del proprio ruolo manageriale e riconoscimento, gratificazione e soddisfazione. La relazione positiva tra la percezione del proprio ruolo manageriale e la dedizione al lavoro e all'azienda è un risultato di questo studio che era parzialmente inatteso.

I ruoli manageriali “ibridi” in sanità (Viitanen et al. 2006), su cui ci siamo soffermati ampiamente nel Capitolo 1, risultano in molti studi percepiti negativamente dai MM perché ritenuti ruoli ostacolati sia dai livelli superiori (Sartirana et al. 2014) che da quelli inferiori (Lega 2008).

Da notare inoltre che la percezione che i MM hanno del proprio ruolo manageriale è positiva nonostante siano aumentati il tempo da essi dedicato alla componente manageriale di tale ruolo e la pressione su tale ruolo (si veda Tabella 4.10).

Tale risultato potrebbe quindi essere un buon presupposto per spingere il vertice a promuovere sempre più lo sviluppo della componente manageriale dei ruoli ibridi e ciò è ulteriormente supportato dal fatto che una buona parte del campione non è dispiaciuta di essere considerato un manager.

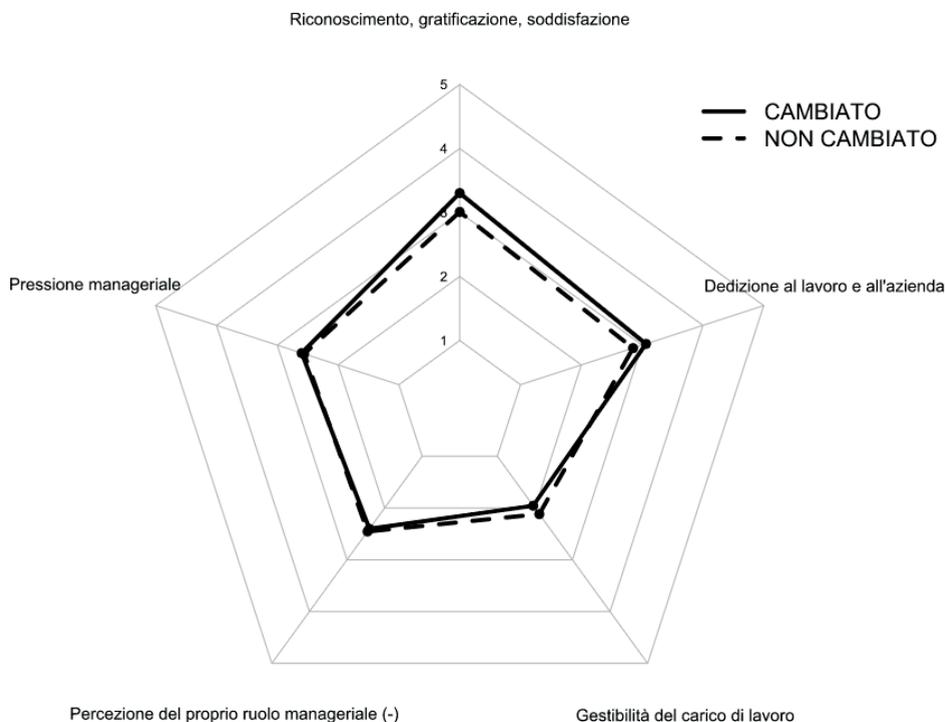
Sarà interesse del gruppo di ricerca, in un futuro lavoro, approfondire le relazioni tra i fattori emersi dall'analisi fattoriale esplorativa, attraverso un'analisi fattoriale confermativa su un campione più ampio di MM.

Tale analisi consentirà di effettuare una validazione dello strumento di indagine utilizzato e di approfondire la verifica delle relazioni tra i fattori.

#### 4.3.4 Il confronto tra ruoli e tra unità di personale dirette

La successiva Figura 4.1 mostra il confronto tra middle manager che hanno cambiato il ruolo dopo la fusione aziendale e quelli che non lo hanno cambiato.

**Figura 4.1 - Confronto tra middle manager che hanno cambiato il ruolo dopo la fusione aziendale e quelli che non lo hanno cambiato**



I manager che hanno cambiato ruolo in seguito alla fusione (38% del campione, si veda Tabella 4.3) hanno mostrato sia un maggior *commitment* al lavoro e all'azienda (3,06/5 vs 2,85/5) che un maggior senso di riconoscimento, gratificazione e soddisfazione (3,30/5 vs 3,00/5).

In parte questo è spiegabile con il fatto che un'ampia parte dei MM sono stati promossi a incarichi superiori. D'altra parte, proprio l'essere stati promossi è indice della fiducia riposta in loro dall'organizzazione.

Non vi sono invece differenze per quanto riguarda la percezione del proprio ruolo manageriale (2,40/5 vs 2,45/5 – fattore inversamente codificato).

Se da un lato ci aspettiamo che i manager che hanno cambiato ruolo siano tendenzialmente quelli con maggiori capacità manageriali, dall'altro potrebbe essere che, date le fusioni recenti, ancora non si sentano del tutto a loro agio con le aumentate responsabilità manageriali.

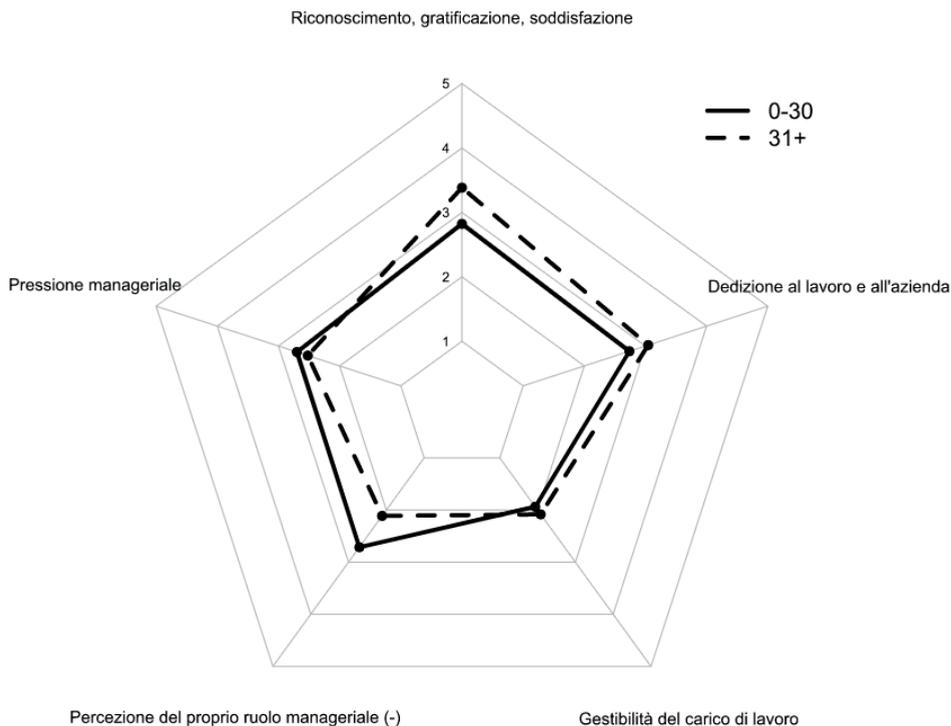
Anche per quanto riguarda la pressione manageriale non risultano differenze significative (2,95/5 vs 2,90/5). La gestibilità del carico di lavoro è minore per chi ha modificato il proprio ruolo (1,95/5 vs 2,11/5), probabilmente per un

avanzamento di carriera che ha determinato un conseguente maggiore impegno lavorativo.

La successiva figura 4.2 mette in evidenza il confronto fra MM per unità di personale dirette. I MM che dirigono strutture più grandi, con più di 30 unità di personale, mostrano un maggiore grado di riconoscimento, gratificazione e soddisfazione per il proprio lavoro e il proprio status (3,38/5 vs 2,82/5), un maggiore *commitment* verso l'azienda e verso il proprio lavoro (3,04/5 vs 2,73/5), una maggiore percezione del proprio ruolo manageriale (2,11 vs 2,71 – fattore inversamente codificato). Con l'aumento della dimensione dell'unità diretta aumentano anche la componente del lavoro di natura manageriale e la consapevolezza del proprio ruolo manageriale da parte dei MM.

Per quanto riguarda la pressione manageriale (2,51 vs 2,69) e la gestibilità del carico di lavoro (2,08 vs 1,94), questi sono leggermente percepiti come più problematici da coloro che dirigono unità di dimensione minore, anche se per questi due fattori non si evidenziano differenze significative.

**Figura 4.2 - Confronto tra middle manager per unità di personale dirette**



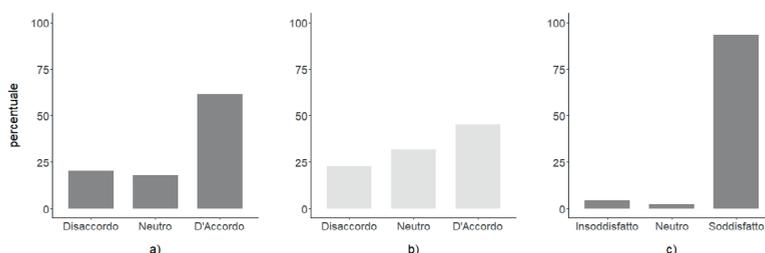
## 4.4 I casi aziendali

### 4.4.1 Il caso dell'Asl Roma 1

#### Fattore 1. Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione

In questa azienda, come mostra la Figura 4.3, l'altissima percentuale di soddisfazione per il proprio lavoro (c) è verosimilmente attribuibile sia al riconoscimento per i risultati raggiunti (a) sia alla gratificazione per lo status e il potere garantiti dal ruolo (b).

**Figura 4.3 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 1**

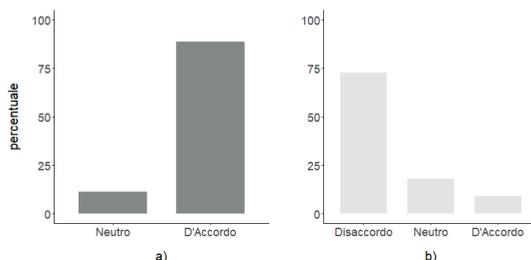


- a) Ottengo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo.
- b) Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo.
- c) Nel complesso mi ritengo soddisfatto del mio lavoro.

#### Fattore 2. Dedizione al lavoro e all'azienda

La Figura 4.4 mostra le risposte agli item relativi al Fattore 2. I MM di Roma mostrano un'altissima dedizione all'azienda (a) e anche la dedizione al proprio lavoro è talmente alta che la maggior parte del campione non lascerebbe il lavoro per uno migliore (b).

**Figura 4.4 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 2**

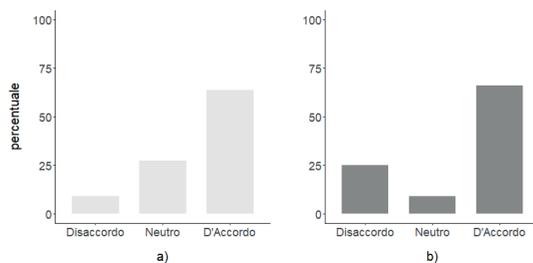


- a) Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro.
- b) A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore.

### Fattore 3. Percezione del proprio ruolo manageriale

La Figura 4.5 mostra come circa il 70% dei rispondenti concordi sul fatto che vi sia stata una riduzione del tempo dedicato alle attività professionali (b) e ritiene che la formazione ricevuta per svolgere il ruolo manageriale sia adeguata, anche se più del 25% non ha dato un chiaro giudizio sulla propria formazione (a).

**Figura 4.5 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 3**

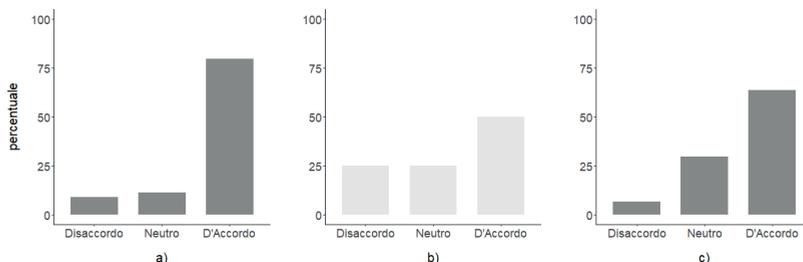


- a) La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato.
- b) Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo.

### Fattore 4. Pressione e carico di lavoro

Come mostrato in Figura 4.6, la maggioranza dei MM di Roma ritiene aumentate sia la pressione per il raggiungimento degli obiettivi (a) che le responsabilità derivanti dalla componente manageriale del lavoro (c). Allo stesso tempo, circa il 50% dei MM ritiene che anche per cambiamenti marginali sia necessario coinvolgere molte persone (b).

**Figura 4.6 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 4**

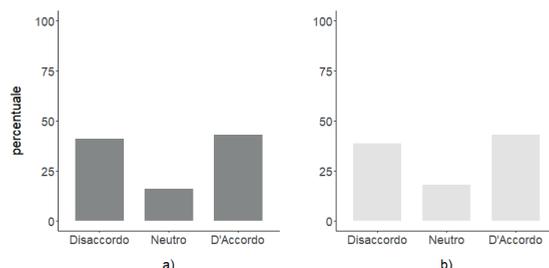


- a) La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata.
- b) Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali.
- c) Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento.

*Fattore 5. Gestibilità del carico di lavoro*

Le risposte relative a questo fattore (si veda Figura 4.7) sono divise: il 43% del campione ritiene il carico di lavoro gestibile; un'altra parte, altrettanto ampia, dichiara il contrario (a). La divisione nelle risposte si estende anche ai giudizi sull'equilibrio vita-lavoro (b).

**Figura 4.7 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 5**



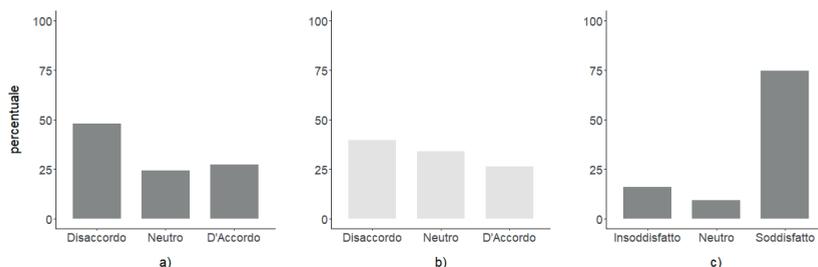
- a) Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile.
- b) Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata.

*4.4.2 Il caso dell'AUSL Toscana Centro*

*Fattore 1. Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione*

In Toscana, come mostra la Figura 4.8, solo un quarto dei MM si sente gratificato dal potere e dallo status garantiti dal ruolo (b) e la maggior parte non ritiene di ottenere un adeguato riconoscimento per i risultati raggiunti (a). Nonostante ciò, la percentuale di intervistati soddisfatti del proprio lavoro (c) rimane alta e in linea con il campione generale.

**Figura 4.8 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 1**



- a) Otengo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo.
- b) Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo.
- c) Nel complesso mi ritengo soddisfatto del mio lavoro.

Una possibile spiegazione della maggiore propensione dei MM dell'AUSL Toscana Centro a fornire risposte negative può essere ricercata nella specificità del

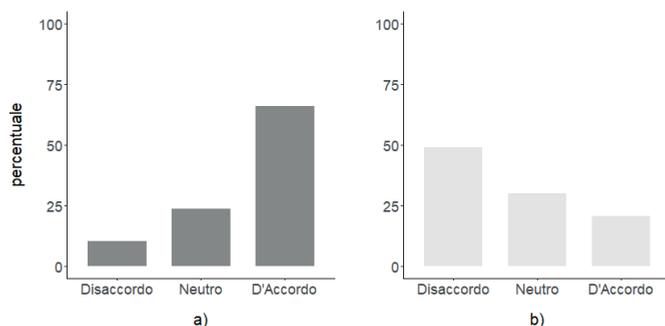
campione di questa regione, che vede una percentuale maggiore di unità più piccole e più lontane dal vertice strategico. Tale circostanza potrebbe rendere meno evidenti e precisi i feedback ricevuti rispetto ai risultati raggiunti.

### *Fattore 2. Dedizione al lavoro e all'azienda*

Dalla Figura 4.9 emerge come nell'AUSL Toscana Centro si registri una buona dedizione all'azienda (a), anche se lievemente inferiore a quella registrata nelle altre due aziende.

Sebbene la dedizione al lavoro sia alta, parte rilevante del campione sarebbe disposta a lasciare il proprio impiego per uno migliore (b).

**Figura 4.9 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 2**



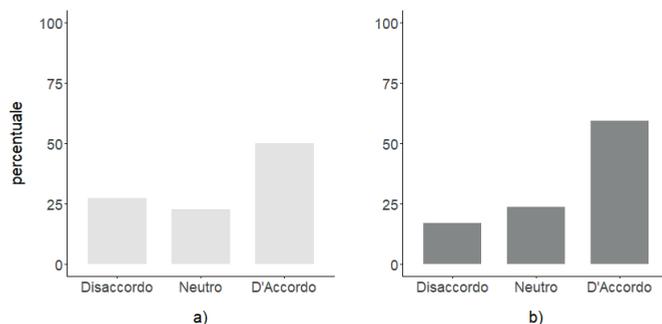
- a) Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro.
- b) A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore.

### *Fattore 3. Percezione del proprio ruolo manageriale*

La Figura 4.10 mostra le risposte agli item relativi al Fattore 3. Sebbene circa il 50% del campione ritenga che la formazione ricevuta in ambito manageriale sia adeguata (a), occorre anche evidenziare che c'è comunque un 25% dei MM della Toscana che ritiene di non aver ricevuto un'appropriata formazione per il ruolo loro assegnato.

Rispetto a Roma, una percentuale minore di soggetti ritiene di aver dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali cliniche o tecnico-amministrative (b).

**Figura 4.10 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 3**



- a) La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato.  
 b) Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo.

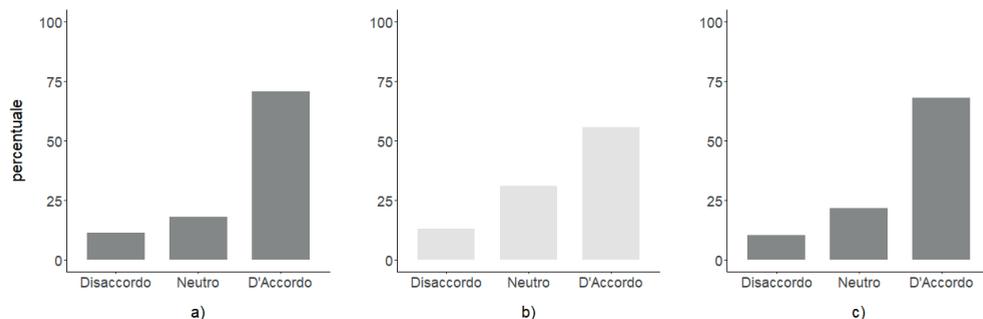
#### *Fattore 4. Pressione e carico di lavoro*

La Figura 4.11 mostra che anche in Toscana la percezione di un'ampia parte del campione (a) è quella di un aumento della pressione per il raggiungimento degli obiettivi.

Rispetto a Roma, il consenso da ottenere nei processi decisionali sembra tuttavia più snello (b).

Viene anche qui confermato un aumento delle responsabilità che derivano dalle componenti manageriali del proprio ruolo (c).

**Figura 4.11 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 4**



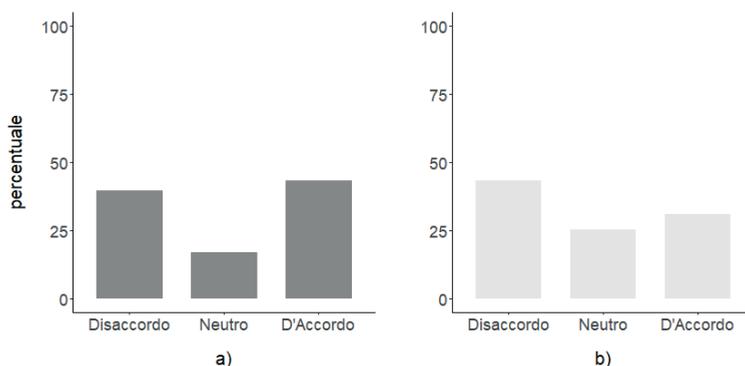
- a) La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata.  
 b) Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali.  
 c) Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento.

*Fattore 5. Gestibilità del carico di lavoro*

Come a Roma, anche in Toscana le risposte del campione sui temi della gestibilità del carico di lavoro non sono univoche (si veda Figura 4.12).

Il campione si divide abbastanza equamente tra coloro che ritengono che il proprio carico di lavoro sia gestibile e quelli che, invece, ritengono il contrario (a). Inoltre, la maggior parte dei rispondenti non ritengono di avere un soddisfacente equilibrio tra vita lavorativa e privata (b).

**Figura 4.12 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 5**



- a) Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile.
- b) Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata.

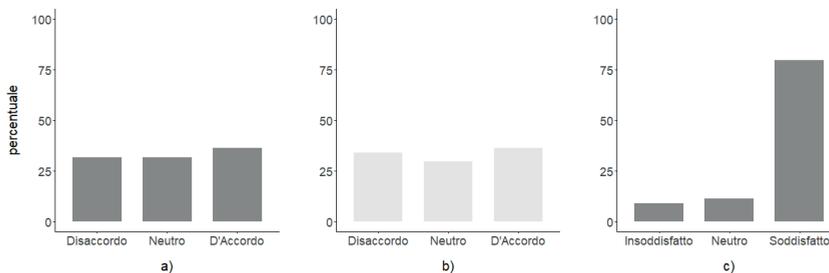
*4.4.3 Il caso dell'Asl Città di Torino*

*Fattore 1. Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione*

Come mostra la successiva Figura 4.13, il MM di Torino dichiara di avere un ottimo livello di soddisfazione complessiva per il lavoro (c).

Sul livello percepito di gratificazione (b) e di riconoscimento (a) il campione è equamente ripartito: circa il 30% ritiene di ottenere adeguato riconoscimento contro un 30% che ritiene il contrario.

**Figura 4.13 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 1**

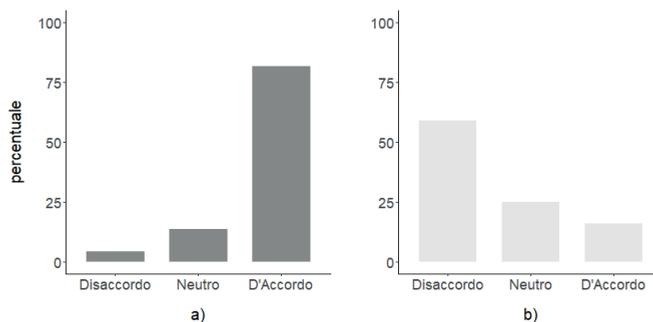


- a) Ottengo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo.  
 b) Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo.  
 c) Nel complesso mi ritengo soddisfatto del mio lavoro.

### *Fattore 2. Dedizione al lavoro e all'azienda*

Come si evince dalla Figura 4.14, a Torino vi è un'ottima dedizione all'azienda (a) e anche in termini di dedizione al lavoro la percentuale di soggetti che lascerebbe il lavoro per uno migliore è abbastanza bassa (b).

**Figura 4.14 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 2**

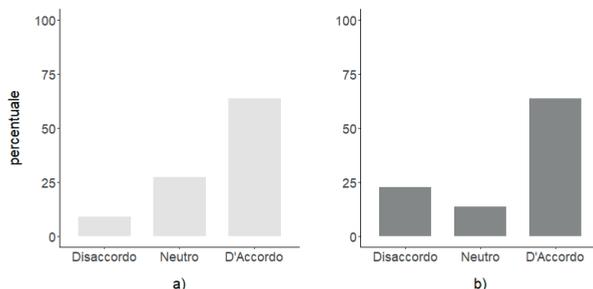


- a) Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro.  
 b) A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore.

### *Fattore 3. Percezione del proprio ruolo manageriale*

La successiva Figura 4.15 mostra che la maggior parte dei MM di Torino ritengono di aver ricevuto una formazione adeguata (a). Sebbene un'ampia parte del campione dichiara di aver ridotto il tempo dedicato all'attività professionale clinica o tecnico-amministrativa, circa il 25% del campione non lo ha fatto (b).

**Figura 4.15 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 3**



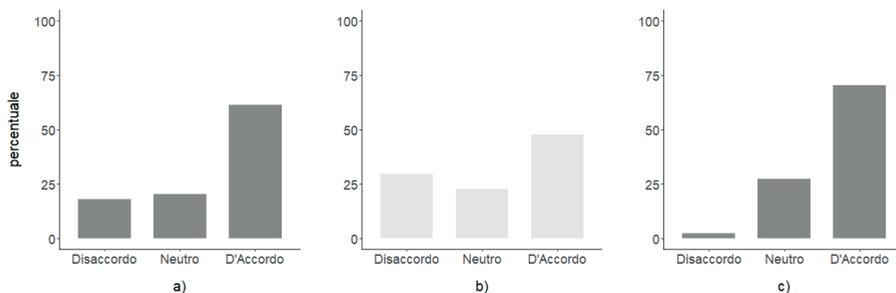
- a) La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato.  
 b) Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo.

#### *Fattore 4. Pressione e carico burocratico*

Come mostrato dalla Figura 4.16, a Torino la pressione per il raggiungimento degli obiettivi, per quanto alta, è inferiore rispetto agli altri casi considerati (a). Vi è un generale accordo sull'aumento delle responsabilità derivate dalla componente manageriale del ruolo (c) mentre il campione è abbastanza diviso sugli aspetti legati alla velocità del processo decisionale (b).

Circa il 50% ritiene che i processi decisionali richiedano il coinvolgimento di troppe persone mentre circa il 30% non ritiene che tale problematica sia presente.

**Figura 4.16 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 4**

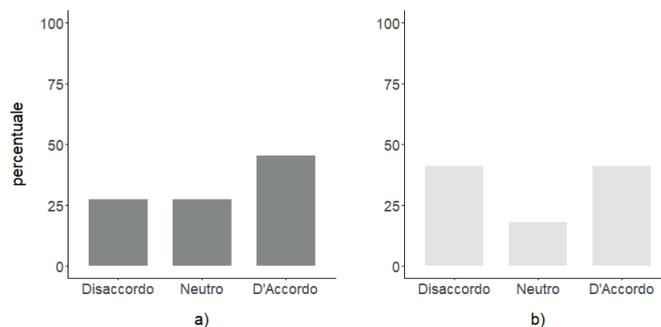


- a) La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata.  
 b) Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali.  
 c) Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento.

### Fattore 5. Gestibilità del carico di lavoro

Quasi il 50% del campione di Torino (si veda Figura 4.17) ritiene che il carico di lavoro sia normalmente gestibile (a). Invece il campione è diviso sulla capacità di mantenere un soddisfacente equilibrio tra vita lavorativa e privata (b).

**Figura 4.17 - Distribuzione delle risposte agli item relativi al Fattore 5**



- a) Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile.  
 b) Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata.

## 4.5 Osservazioni conclusive

L'analisi quantitativa attraverso i questionari ha consentito di mettere meglio a fuoco una serie di questioni emerse nella precedente fase qualitativa. Al di là delle ovvie differenze tra le due indagini, in termini di estensione del campione e di copertura di un insieme più vasto di fattispecie organizzative, l'indagine quantitativa riesce, grazie alle sue caratteristiche (grado di accordo su proposizioni specifiche e anonimità), a fornire, probabilmente meglio della qualitativa, un quadro depurato dalla retorica prevalente e più vicino al sentire effettivo degli individui. In un'intervista semi-strutturata, infatti, i rispondenti articolano ragionamenti ampi che, in parte, si basano su concetti e giudizi comunemente accettati e percepiti come validi, indipendentemente dalle proprie reali esperienze. Da questo punto di vista, un questionario ha maggiori probabilità di catturare giudizi maggiormente basati sul vissuto e sul percepito degli intervistati.

Tale premessa è particolarmente importante perché alcuni risultati dell'indagine contraddicono la visione stereotipata, ma purtroppo molto diffusa, di un MM delle aziende sanitarie riluttante all'assunzione di ruoli gestionali, sempre tentato da un ritorno alla professione, insoddisfatto del proprio lavoro. La realtà sembrerebbe essere diversa, come era già possibile intravedere da alcune risposte all'indagine qualitativa. Dai questionari emerge un MM molto soddisfatto del proprio lavoro, attaccato all'organizzazione in cui opera, sicuro delle

proprie capacità gestionali e che non pare rimpiangere troppo, o almeno quanto si supponeva, il tempo sottratto all'esercizio della professione. Si registra anche, ma ciò era più prevedibile, la percezione di una crescente pressione sugli obiettivi e sulle responsabilità manageriali, anche se essa non sembra giungere a un punto tale da prendere il controllo dell'agenda del *management*, che rimane in larga misura autodeterminata. Per quanto riguarda le differenze all'interno del campione, bisogna sottolineare come al crescere della dimensione delle unità dirette si rafforzino anche i tratti appena menzionati e come, in un'azienda più estesa (AUSL Toscana Centro), con un MM meno a contatto con la direzione generale, si registri un minor grado di attaccamento e soddisfazione.

L'insieme dei risultati stimola almeno tre considerazioni.

La prima, che verrà poi ripresa nelle conclusioni generali, riguarda la possibile distanza tra le rappresentazioni comunemente assunte rispetto ai professionisti impegnati nella gestione e quella che sembra essere la situazione reale. È del tutto evidente che se le rappresentazioni dei fenomeni, comprese percezioni e motivazioni degli attori, divergono eccessivamente dalle realtà concretamente sperimentate, i già delicati rapporti tra professionisti e azienda diventano ancora più complicati. Il pieno ed esplicito riconoscimento, anche nel "discorso pubblico", di un impegno volontariamente ricercato da parte di alcuni professionisti sul terreno della gestione e del *management*, consentirebbe di riprendere e far positivamente evolvere la "questione professionale" (l'autonomia, le responsabilità nei contesti organizzati, il rispetto dei vincoli ecc.), soprattutto per quanto riguarda la componente medica. Il mantenimento dell'equivoco, che può essere sintetizzato nell'immagine del "professionista riluttante", genera costi che diventano più evidenti quando l'organizzazione cambia e i contenuti manageriali diventano sempre più contendibili. In queste condizioni sarebbe più vantaggioso per tutti un dibattito aperto sui diversi ruoli e interessi, invece di spostare gli inevitabili attriti sul terreno della professione. I costi diventano evidenti anche nelle situazioni di crisi come quella che stiamo vivendo, nella quale la tentazione di evidenziare e far riemergere nel dibattito pubblico irrealistiche distanze tra professionisti e manager potrebbe comportare fratture difficilmente sanabili all'interno delle aziende.

La seconda considerazione riguarda un senso di relativa tranquillità e di adeguata preparazione nell'assunzione di responsabilità manageriali che emerge dalle interviste. I rispondenti sono tutti MM in aziende che hanno visto un aumento delle dimensioni complessive e una diminuzione, di varia intensità, delle posizioni gestionali e, quindi, un'espansione delle loro responsabilità. Il processo di fusione è un elemento di complessità aggiuntiva che i MM percepiscono in tutta la sua rilevanza e che ritengono si manterrà comunque nel futuro (si veda Tabella 5.1 nel Capitolo 5). Gli intervistati sono, nella grande maggioranza, "manager ibridi", cioè professionisti che hanno una formazione di base lontana dalle materie manageriali e per i quali il *management* rappresenta un

“secondo lavoro”. In queste condizioni sarebbe stato ragionevole attendersi un maggiore livello di ansia rispetto al ruolo. Sicuramente la continuità e la consuetudine nel ruolo può rappresentare una spiegazione plausibile: aver sperimentato le responsabilità della direzione, e continuare ad averle, aiuta a generare un senso di sicurezza. Bisognerebbe però chiedersi se il “rischio percepito” nell’assunzione di responsabilità gestionali non sia inferiore a quello che dovrebbe essere, ovvero se ciò che le aziende effettivamente chiedono al MM sia davvero adeguato. Rischio percepito non può e non deve essere semplicisticamente tradotto in possibilità di “revoca dall’incarico”, ma che significa la costruzione di un contesto aziendale nel quale i risultati gestionali ottenuti contano per tutti, anche per i professionisti che hanno deciso di entrare nell’ambito manageriale. Si tratta di una costruzione complessa che più che sulla definizione di regole dovrebbe vedere il *top management* impegnato sul terreno dei comportamenti e della costruzione di una cultura aziendale coerente.

Infine, si deve ancora una volta sottolineare il ruolo del tutto particolare che il DG e la direzione generale nel suo insieme esercitano nelle aziende sanitarie pubbliche. Il riferimento è a una maggiore difficoltà sulle dimensioni collegate alla soddisfazione e all’appartenenza che si registrerebbero nell’unica azienda non metropolitana del campione. In questo caso, poi, le scelte di governo aziendale hanno spinto per una divisionalizzazione e, quindi, per un allontanamento del vertice strategico dal controllo diretto sui nuclei operativi. Un’interpretazione del fenomeno potrebbe basarsi, da una parte, sulla scarsa legittimazione delle catene manageriali in aziende professionali e pubbliche e, dall’altra, sull’enfasi monocratica del modello istituzionale delle aziende del SSN. I due temi sono troppo complessi per essere qui anche solo accennati. Entrambi comunque convergono per spiegare come la vicinanza fisica e organizzativa tipica di “aziende concentrate” come quelle metropolitane rimanga una caratteristica importante nel governo aziendale. È bene chiarire come ciò non significhi che, se esiste un vincolo in tal senso all’espansione delle aziende, di questo si debba semplicemente prendere atto. Il tema, che investe tutte le aziende sanitarie pubbliche, è quello di come farle diventare strutturalmente meno dipendenti dall’intervento diretto del *top management* e come disegnare condizioni e strumenti efficaci per la legittimazione del management a tutti i livelli.

## Appendice 1

**Tabella 4.14 - Fattori, variabili contenute nei fattori e frequenze di risposta**

**Nota:** le variabili Likert sono indicate con i numeri da 1 a 5 (1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo)

Fattore	Domanda	Frequenze di risposta (in percentuale)				
		1	2	3	4	5
<b>Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione</b>	Sono in grado di esercitare un'influenza sulle decisioni aziendali (anche nelle strutture di cui non sono responsabile)	7,65	27,65	33,53	27,65	3,53
	L'assunzione da parte mia di un ruolo manageriale è apprezzata dai clinici	2,94	4,12	29,41	51,76	11,76
	All'interno dell'azienda è percepibile, a tutti i livelli, la presenza di una leadership	3,53	15,29	15,29	42,35	23,53
	In quest'azienda sono presenti modelli di ruoli manageriali da assumere come riferimento	5,29	15,29	34,12	25,88	19,41
	Ottingo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo	10,00	25,88	25,29	31,76	7,06
	Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo	11,76	22,35	32,35	27,06	6,47
	Nel complesso, mi ritengo soddisfatto del mio lavoro	2,94	10,00	8,82	64,71	13,53
	Mi ritengo soddisfatto dell'azienda di cui sono parte	4,12	15,88	14,12	47,65	18,24
	Nel complesso, mi ritengo soddisfatto di quest'azienda, anche confrontandola con altre che conosco	4,12	9,41	20,00	42,94	23,53
<b>Dedizione al lavoro e all'azienda</b>	Nel lavoro, sono in contatto con colleghi molto validi e competenti	0,00	1,76	15,29	51,18	31,76
	Sono motivato nel formare altro personale	0,00	1,18	7,06	41,18	50,59
	Mi gratifica sapere che il mio lavoro ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda	1,18	3,53	10,00	42,94	42,35
	Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro	2,35	4,71	18,24	45,88	28,82

Il middle management e le sue percezioni

	A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore	25,88	30,00	27,06	12,35	4,71
	Non consiglierei ad un amico di unirsi alla nostra unità operativa o dipartimento	39,41	39,41	11,76	7,06	2,35
	Nonostante le pressioni che ho per rispettare gli obiettivi di budget, non ho mai pensato seriamente di lasciare quest'azienda	5,88	7,06	10,59	41,76	34,71
	Sento di essere parte dell'azienda	1,18	5,29	13,53	36,47	43,53
	Nel lavoro sono convinto che le attività e gli sforzi quotidiani non siano solo per la mia carriera ma anche per l'azienda	0,59	4,71	7,06	41,76	45,88
<b>Percezione del proprio ruolo manageriale</b>	La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato	3,53	14,12	24,12	40,00	18,24
	Ho difficoltà ad accettare le responsabilità tipiche di un manager	45,29	31,18	13,53	7,65	2,35
	A volte mi sento a disagio nel coordinare i miei colleghi	32,94	36,47	17,65	10,59	2,35
	Spesso faccio fatica a rendere compatibili le esigenze che nascono dalla componente manageriale e da quella professionale (clinica/tecnico-amministrativa)	7,65	22,94	30,59	28,82	10,00
	Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo	8,24	12,35	17,06	41,76	20,59
	Sono dispiaciuto per aver dovuto ridurre l'impegno dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) a favore di un maggior impegno richiesto dalla componente manageriale	15,88	18,82	28,24	20,00	17,06
	Ho dovuto accettare la responsabilità di compiti che sono oltre le mie capacità ed esperienza	29,41	36,47	24,71	7,65	1,76
	Sebbene nel mio ruolo sia prevista una componente di responsabilità di tipo manageriale, non mi piace esser considerato un manager	19,41	29,41	27,06	14,71	9,41

<b>Pressione manageriale</b>	Il carico della burocrazia è aumentato	1,76	10,59	13,53	30,00	44,12
	Nel mio lavoro, l'esigenza di gestire il mio dipartimento, la mia UOC o la mia UOSD come fosse un'azienda privata, è aumentata	2,94	20,00	31,18	32,94	12,94
	La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata	1,76	10,59	15,88	46,47	25,29
	Utilizzo una grande quantità di tempo per rispondere a richieste di informazioni, scrivere report e produrre piani operativi	0,00	11,18	21,18	48,82	18,82
	Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali	2,35	17,06	27,65	37,06	15,88
	Sono continuamente a rincorrere le scadenze	2,35	17,06	22,94	43,53	14,12
	Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento	0,59	5,29	25,88	54,71	13,53
	Le mie priorità cambiano ogni settimana	11,76	31,76	25,29	21,18	10,00
<b>Gestibilità del carico di lavoro</b>	Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile	7,06	28,24	19,41	38,24	7,06
	Il tempo che ho a disposizione è sufficiente per fare tutto ciò che il mio ruolo manageriale richiede	14,12	43,53	12,94	23,53	5,88
	Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata	13,53	28,24	24,12	30,00	4,12

**Tabella 4.15 - Fattori, variabili contenute nei cinque fattori e analisi fattoriale**

Fattore	Domanda	Analisi Fattoriale		
		Loading	Alfa	r-drop
<b>Riconoscimento, gratificazione, soddisfazione</b>	Sono in grado di esercitare un'influenza sulle decisioni aziendali (anche nelle strutture di cui non sono responsabile)	0,75	0,89	0,64
	L'assunzione da parte mia di un ruolo manageriale è apprezzata dai clinici	0,37		0,47
	All'interno dell'azienda è percepibile, a tutti i livelli, la presenza di una leadership	0,45		0,54
	In quest'azienda sono presenti modelli di ruoli manageriali da assumere come riferimento	0,53		0,62
	Ottingo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo	0,75		0,71
	Sono gratificato dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo	0,59		0,56
	Nel complesso, mi ritengo soddisfatto del mio lavoro	0,60		0,73
	Mi ritengo soddisfatto dell'azienda di cui sono parte	0,67		0,80
	Nel complesso, mi ritengo soddisfatto di quest'azienda, anche confrontandola con altre che conosco	0,64		0,75
<b>Dedizione al lavoro e all'azienda</b>	Nel lavoro, sono in contatto con colleghi molto validi e competenti	0,60	0,86	0,40
	Sono motivato nel formare altro personale	0,63		0,49
	Mi gratifica sapere che il mio lavoro ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda	0,68		0,65
	Sono orgoglioso di far sapere alle persone per quale azienda lavoro	0,56		0,69
	A volte sono tentato di lasciare questo lavoro per uno migliore	-0,53		0,58

	Non consiglierei ad un amico di unirsi alla nostra unità operativa o dipartimento	-0,52		0,56
	Nonostante le pressioni che ho per rispettare gli obiettivi di budget, non ho mai pensato seriamente di lasciare quest'azienda	0,60		0,48
	Sento di essere parte dell'azienda	0,62		0,79
	Nel lavoro sono convinto che le attività e gli sforzi quotidiani non siano solo per la mia carriera ma anche per l'azienda	0,62		0,65
<b>Percezione del proprio ruolo manageriale</b>	La formazione che ho ricevuto è adeguata a svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato	-0,69		0,58
	Ho difficoltà ad accettare le responsabilità tipiche di un manager	0,63		0,51
	A volte mi sento a disagio nel coordinare i miei colleghi	0,55		0,48
	Spesso faccio fatica a rendere compatibili le esigenze che nascono dalla componente manageriale e da quella professionale (clinica/tecnico-amministrativa)	0,45		0,54
	Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo	0,51	0,82	0,46
	Sono dispiaciuto per aver dovuto ridurre l'impegno dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) a favore di un maggior impegno richiesto dalla componente manageriale	0,78		0,72
	Ho dovuto accettare la responsabilità di compiti che sono oltre le mie capacità ed esperienza	0,51		0,48
	Sebbene nel mio ruolo sia prevista una componente di responsabilità di tipo manageriale, non mi piace esser considerato un manager	0,65		0,54
<b>Pressione manageriale</b>	Il carico della burocrazia è aumentato	0,47		0,49
	Nel mio lavoro, l'esigenza di gestire il mio dipartimento, la mia UOC o la mia UOSD come fosse un'azienda privata, è aumentata	0,52	0,77	0,35
	La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata	0,47		0,45
	Utilizzo una grande quantità di tempo per rispondere a richieste di informazioni, scrivere report e produrre piani operativi	0,59		0,55

Il middle management e le sue percezioni

	Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali	0,51		0,46
	Sono continuamente a rincorrere le scadenze	0,50		0,53
	Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento	0,45		0,49
	Le mie priorità cambiano ogni settimana	0,56		0,47
<b>Gestibilità del carico di lavoro</b>	Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile	0,87	0,85	0,71
	Il tempo che ho a disposizione è sufficiente per fare tutto ciò che il mio ruolo manageriale richiede	0,87		0,80
	Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata	0,58		0,65

## Appendice 2

### Questionario

#### SEZIONE 1. DATI DEMOGRAFICI

##### 1.1 Fascia d'età:

- 30 – 35 [ ]
- 36 – 40 [ ]
- 41 – 45 [ ]
- 46 – 50 [ ]
- 51 – 55 [ ]
- 56 – 60 [ ]
- 61 – 65 [ ]
- > 65 anni [ ]

##### 1.2 Genere:

- F [ ] M [ ]

##### 1.3 Titolo di studio

- Laurea. Tipologia ..... [ ]  
Titolo post-laurea. Tipologia ..... [ ]

#### SEZIONE 2. RUOLO ATTUALE (post-fusione)

Il processo di fusione che ha costituito la nuova azienda ha comportato una riorganizzazione con conseguente riassegnazione dei ruoli rispetto a quelli presenti nelle precedenti aziende.

Quando utilizziamo il termine “pre-fusione”, ci riferiamo al periodo precedente alla fusione suddetta e in tali casi le chiediamo di rispondere riferendosi all’azienda presso cui lavorava in tale periodo (ex AUSL) e alla/e posizione/i che occupava prima di essere nominato nella sua attuale posizione nella nuova azienda (a cui ci riferiamo con la locuzione “post-fusione”).

Gli item della sezione 2 del questionario (2.1, 2.2, 2.3, 2A.1, 2A.2, 2A.3, 2A.4, 2A.5, 2B.1, 2B.2, 2B.3, 2B.4) hanno l’obiettivo di caratterizzare il ruolo o i ruoli che Lei ricopre attualmente nella nuova azienda (ruolo post-fusione). Se Lei ricopre più di un ruolo, li consideri separatamente, riferendosi a uno dei ruoli (ruolo 1) negli item/domande 2A.1, 2A.2, 2A.3, 2A.4, 2A.5 e all’altro ruolo (ruolo 2) nei successivi item/domande 2B.1, 2B.2, 2B.3, 2B.4.

**2.1 Inquadramento cui appartiene il suo attuale contratto: (1 sola risposta)**

- Dirigente amministrativo [ ]
- Dirigente medico [ ]
- Dirigente professionale [ ]
- Dirigente tecnico [ ]
- Dirigente sanitario non medico [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**2.2 L'unità operativa (o le unità operative) che dirige ha/hanno il compito di erogare servizi di natura prevalentemente: (1 sola risposta)**

- Sanitaria [ ]
- Non sanitaria [ ]

**2.3 L'unità operativa/e che dirige ha/hanno una funzione prevalentemente di: (1 sola risposta)**

- Produzione di servizi sanitari/amministrativi-tecnici [ ]
- Coordinamento di altre unità produttrici di servizi [ ]
- Standardizzazione, produzione di linee guida, senza diretta supervisione gerarchica (funzione di staff e di supporto alla direzione) [ ]

**SEZIONE 2A. Ruolo 1 post-fusione**

**2A.1 Indichi il ruolo che ricopre attualmente (ruolo 1) (nel caso in cui ricopra più ruoli, faccia riferimento al ruolo più alto assunto in questo momento):**

- Direttore UOC [ ]
- Direttore di UOSD [ ]
- Direttore di Area [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore di Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**2A.2 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 1), da quanti anni svolge tale ruolo?**

(Indicare gli anni) .....

**2A.3 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 1), indichi il soggetto da cui dipende:**

- Direttore di Area [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore di Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**2A.4 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 1), indichi il numero di unità operative di cui lei è direttamente responsabile:**

- Semplici (n.) .....
- Complesse (n.) .....

**2A.5 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 1), indichi di quante unità di personale è composta la struttura di cui è responsabile (UOC/UOSD /area/dipartimento/distretto/altro):**

- (n.) .....

**SEZIONE 2B. Eventuale altro ruolo post-fusione (sezione non obbligatoria)**

Se ricopre un altro ruolo oltre a quello cui si è riferito finora (2A.1, 2A.2, 2A.3, 2A.4, 2A.5), risponda ai seguenti item (2B.1, 2B.2, 2B.3, 2B.4), riferendosi al suo secondo ruolo (ruolo 2), diversamente indichi “Nessun altro ruolo” e passi subito alla sezione 3.

**2B.1 Indichi l'altro ruolo che ricopre (ruolo 2): (domanda non obbligatoria)**

- Direttore UOC [ ]
- Direttore di Area [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore di Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....
- Nessun altro ruolo [ ]

**2B.2 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 2), indichi la figura da cui dipende: (domanda non obbligatoria)**

- Direttore di Area
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**2B.3 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 2), indichi di quante unità di personale è composta la struttura o l'insieme di strutture di cui è responsabile (UOC/UOSD /area/dipartimento/distretto/altro):**

(n.) .....

**2B.4 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 2), indichi il numero di unità operative di cui lei è direttamente responsabile:**

Semplici (n.) .....

Complesse (n.) .....

### **SEZIONE 3. RUOLO PRECEDENTE ALLA FUSIONE**

Gli item della sezione 3 del questionario (3A.1, 3A.2, 3A.3, 3A.4, 3A.5, 3B.1, 3B.2, 3B.3, 3B.4) hanno l'obiettivo di caratterizzare il ruolo o i ruoli che ricopriva nell'azienda sanitaria in cui lavorava nel periodo precedente alla fusione (ruolo pre-fusione). Se ricopriva più di un ruolo, li consideri separatamente, riferendosi a uno dei ruoli (ruolo 1) negli item 3A.2, 3A.3, 3A.4, 3A.5 e all'altro ruolo (ruolo 2) nei successivi item 3B.1, 3B.2, 3B.3, 3B.4.

#### **SEZIONE 3A. Ruolo 1 pre-fusione**

**3A.1 Indichi l'azienda a cui apparteneva prima della fusione:**

ASL Empoli [ ]

ASL Firenze [ ]

ASL Pistoia [ ]

ASL Prato [ ]

ASL Roma A [ ]

ASL Roma E [ ]

ASL Torino 1 [ ]

ASL Torino 2 [ ]

Altra ASL [ ] (specificare) .....

**3A.2 Indichi il ruolo che ricopriva (ruolo 1) (se ricopriva più ruoli, faccia riferimento al ruolo più alto):**

Direttore UOC/UOSD [ ]

Direttore Dipartimento [ ]

Direttore Distretto [ ]

Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**3A.3 Con riferimento al ruolo pre-fusione qui considerato (ruolo 1), indichi il soggetto da cui dipendeva:**

- Direttore UOC/UOSD [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**3A.4 Con riferimento al ruolo pre-fusione qui considerato (ruolo 1), indichi di quante unità di personale era composta la struttura di cui era responsabile (UOC/UOSD /Area/dipartimento/distretto/altro):**

(n.) .....

**3A.5 Con riferimento al ruolo pre-fusione qui considerato (ruolo 1), indichi il numero di unità operative di cui lei era direttamente responsabile:**

- Semplici (n.) .....
- Complesse (n.) .....

**SEZIONE 3B. Ruolo 2 pre-fusione (sezione non obbligatoria)**

Se ricopriva un altro ruolo oltre a quello cui si è riferito/a negli item 3A.2, 3A.3, 3A.4, 3A.5, risponda ai seguenti item (3B.1, 3B.2, 3B.3, 3B.4), riferendosi all'altro ruolo (ruolo 2), diversamente passi subito alla sezione 4.

**3B.1 Indichi l'altro ruolo che ricopriva (ruolo 2) (se ricopriva più ruoli, faccia riferimento al ruolo più alto assunto in questo momento):**

- Direttore UOC [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore di Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....
- Nessun altro ruolo [ ]

**3B.2 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 2), indichi la figura da cui dipendeva:**

- Direttore UOC/UOSD [ ]
- Direttore Dipartimento [ ]
- Direttore di Distretto [ ]
- Altro ruolo [ ] (specificare) .....

**3B.3 Con riferimento al ruolo qui considerato (ruolo 2), indichi di quante unità di personale era composta la struttura di cui era responsabile (UOC/UOSD /Area/dipartimento/distretto/altro):**

(n.) .....

**3B.4 Con riferimento al ruolo pre-fusione qui considerato (ruolo 2), indichi il numero di unità operative di cui lei era direttamente responsabile:**

Semplici (n.) .....

Complesse (n.) .....

#### **SEZIONE 4. ESPERIENZA LAVORATIVA ATTUALE**

Gli item di questa parte del questionario (4.A, 4.B, 4.C, 4.D) hanno l'obiettivo di caratterizzare la sua attività lavorativa attuale. Considerando la sua esperienza lavorativa degli ultimi cinque anni, soprattutto in riferimento a ciò che è avvenuto in seguito alla fusione, le chiediamo di rispondere ai seguenti item. Pensi al ruolo che svolge attualmente. Nel caso in cui ricopra più ruoli, le chiediamo di far riferimento all'esperienza complessiva.

Le ricordiamo che il suo ruolo di middle manager è costituito da una componente manageriale (per esempio prendere decisioni, gestire relazioni, risolvere problemi e imprevisti) e da una componente che richiede l'applicazione di professionalità specifiche (cliniche, tecniche, giuridico-amministrative). Alcuni esempi sono la stesura di una delibera per un atto amministrativo (nel caso di ruoli amministrativi) e il tempo trascorso in reparto (nel caso di un clinico).

Questa sezione è tratta da un questionario realizzato sul sistema sanitario inglese (Buchanan et al. 2013).

#### **SEZIONE 4A. Realtà del lavoro**

**Scala:** 1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo

- 4.A1. Nel mio lavoro, è aumentata l'importanza che devo attribuire alla dimensione economica.
- 4.A2. Spesso, in azienda, non sono chiare le diverse responsabilità.
- 4.A3. La burocrazia cui devo far fronte è aumentata.
- 4.A4. Nel mio lavoro, l'esigenza di gestire il mio dipartimento, la mia UOC o la mia UOSD come fosse un'azienda privata, è aumentata.
- 4.A5. Nel lavoro manageriale è sempre più importante riferirsi a evidenze e a teorie validate.
- 4.A6. La pressione per il raggiungimento degli obiettivi nella/e struttura/e che dirigo è aumentata.

- 4.A7. L'aspettativa di assunzione di ruoli e comportamenti manageriali da parte del personale clinico/amministrativo-tecnico è aumentata.
- 4.A8. Sebbene nel mio ruolo sia prevista una componente di responsabilità di tipo manageriale, non mi piace esser considerato un manager.
- 4.A9. Mi sono chiare le aspettative nei confronti dei contenuti del mio ruolo manageriale.
- 4.A10. Normalmente il mio carico di lavoro è gestibile.
- 4.A11. Il tempo che ho a disposizione è sufficiente per fare tutto ciò che il mio ruolo manageriale richiede.
- 4.A12. Sono in grado di mantenere un soddisfacente equilibrio tra la vita lavorativa e quella privata.
- 4.A13. Riesco a esercitare un'influenza effettiva nel funzionamento delle strutture che mi sono affidate.
- 4.A14. Alcuni dipendenti hanno un atteggiamento negativo verso quest'azienda.
- 4.A15. Sono in grado di esercitare un'influenza sulle decisioni aziendali (anche nelle strutture di cui non sono responsabile).
- 4.A16. L'assunzione da parte mia di un ruolo manageriale è apprezzata dai clinici.
- 4.A17. Ho l'autorità necessaria per prendere decisioni manageriali nella struttura aziendale di cui sono responsabile.
- 4.A18. La formazione che ho ricevuto è adeguata per svolgere il ruolo manageriale che mi è stato assegnato.
- 4.A19. Mi è stata data la possibilità di scegliere se ricoprire o meno un ruolo manageriale.
- 4.A20. Ho difficoltà ad accettare le responsabilità tipiche di un manager.
- 4.A21. La maggior parte del personale clinico non ha le competenze necessarie per guidare il cambiamento che la riorganizzazione richiede.
- 4.A22. A volte mi sento a disagio nel coordinare i miei colleghi.
- 4.A23. Le risorse che ho a disposizione sono sufficienti per assolvere in modo adeguato le mie responsabilità gestionali.
- 4.A24. Spesso faccio fatica a rendere compatibili le esigenze che nascono dalla componente manageriale e da quella professionale (clinica/tecnico-amministrativa).
- 4.A25. Ho dovuto ridurre il tempo dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) per assolvere gli impegni manageriali collegati al mio ruolo.
- 4.A26. Sono dispiaciuto per aver dovuto ridurre l'impegno dedicato alle attività professionali (cliniche/tecnico-amministrative) a favore di un maggior impegno richiesto dalla componente manageriale.
- 4.A27. Sono a conoscenza degli obiettivi strategici dell'azienda.

- 4.A28. Non ho difficoltà a costruire relazioni di lavoro positive con i colleghi.
- 4.A29. All'interno dell'azienda è percepibile, a tutti i livelli, la presenza di una leadership.
- 4.A30. In quest'azienda sono presenti modelli di ruoli manageriali da assumere come riferimento.
- 4.A31. Un grande aiuto all'esercizio del mio ruolo manageriale viene dalle mie relazioni.
- 4.A32. È sempre chiara la definizione dei ruoli e delle responsabilità.
- 4.A33. Nella mia esperienza, i manager sentono di assumersi delle responsabilità solo se pensano di averne le competenze.
- 4.A34. Possiedo competenze significative che non possono essere utilizzate nel ruolo che attualmente occupo.
- 4.A35. Siccome la pressione su di me aumenta, sono costretto ad aumentare la pressione sui miei subordinati.
- 4.A36. Sta diventando sempre più difficile motivare il personale nel contesto attuale caratterizzato dalla riduzione del budget.
- 4.A37. Ho dovuto accettare la responsabilità di compiti che sono oltre le mie capacità ed esperienza.
- 4.A38. In azienda, non abbiamo un buon supporto da parte di colleghi di pari grado.

#### **SEZIONE 4B. Caratteristiche del lavoro**

**Scala:** 1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo

- 4.B1. Nel mio lavoro, non sono in grado di prevedere cosa succederà: gli imprevisti sono sempre molti.
- 4.B2. Sono continuamente a rincorrere le scadenze.
- 4.B3. Ho l'impressione che le responsabilità che derivano dalla componente manageriale del mio ruolo siano progressivamente in aumento.
- 4.B4. Sono costantemente chiamato a dare risposte in pochissimo tempo.
- 4.B5. Ho la responsabilità di mostrare ai miei colleghi più giovani come agire in modo adatto.
- 4.B6. Spesso il mio orario di lavoro inizia prima o termina dopo rispetto a quello che il mio contratto prevede.
- 4.B7. Prendo decisioni che impattano direttamente sulla vita dei pazienti.
- 4.B8. Le mie priorità cambiano ogni settimana.
- 4.B9. Sono chiamato a migliorare il servizio che l'azienda fornisce, nonostante il taglio di risorse.
- 4.B10. Utilizzo una grande quantità di tempo per rispondere a richieste di

informazioni, scrivere report e produrre piani operativi.

- 4.B11. Devo assicurarmi il consenso di un gran numero di persone, anche in caso di decisioni e cambiamenti marginali.
- 4.B12. Qualunque cosa faccia non è comunque mai sufficiente.
- 4.B13. Sono stimolato positivamente dalle sfide che il mio lavoro mi pone.
- 4.B14. Nel lavoro, sono in contatto con colleghi molto validi e competenti.
- 4.B15. Sono ben pagato/a per quello che faccio.
- 4.B16. Ottengo un adeguato riconoscimento per i risultati che raggiungo.
- 4.B17. Sono gratificato/a dal potere e dallo status che mi sono garantiti dal mio ruolo.

#### **SEZIONE 4C. Dedizione al lavoro e all'organizzazione**

**Scala:** 1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo

- 4.C1. Sono motivato/a nel formare altro personale.
- 4.C2. Il mio ruolo manageriale mi permette di influenzare il benessere del paziente.
- 4.C3. Sono orgoglioso/a di far sapere alle persone per quale azienda lavoro.
- 4.C4. A volte sono tentato/a di lasciare questo lavoro per uno migliore.
- 4.C5. Non consiglierei a un amico/a di unirsi alla nostra unità operativa o dipartimento.
- 4.C6. Non sono disposto/a a espormi troppo solo per aiutare l'azienda.
- 4.C7. Nonostante le pressioni che ho per rispettare gli obiettivi di budget, non ho pensato seriamente di lasciare quest'azienda.
- 4.C8. Sento di essere parte dell'azienda.
- 4.C9. Nel lavoro sono convinto/a che le attività e gli sforzi quotidiani non siano solo per la mia carriera ma anche per l'azienda.
- 4.C10. L'offerta di un altro lavoro più retribuito non mi farebbe pensare seriamente di cambiare il lavoro attuale.
- 4.C11. Mi gratifica sapere che il mio lavoro ha contribuito al raggiungimento degli obiettivi dell'azienda.
- 4.C12. La sicurezza del paziente non è mai minacciata dai tagli al budget.
- 4.C13. A volte è inevitabile che la sicurezza del paziente sia messa a rischio.
- 4.C14. Ho preso decisioni pensando al bene dei pazienti, pur sapendo che non avrei rispettato gli obiettivi di budget.
- 4.C15. È spesso necessario giungere a un compromesso tra sicurezza dei pazienti, qualità dell'assistenza e obiettivi economici.

#### **SEZIONE 4D. Soddisfazione del lavoro**

**Scala:** 1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo

- 4.D1. Nel complesso, sono soddisfatto del mio lavoro.
- 4.D2. Nel complesso, sono soddisfatto dell'azienda di cui sono parte, al momento attuale.
- 4.D3. Nel complesso, sono soddisfatto di quest'azienda, confrontandola con altre che conosco.

#### **SEZIONE 5. CAMBIAMENTO DI RUOLO TRA IL PERIODO PRE-FUSIONE E QUELLO POST-FUSIONE**

Gli item/domande che compongono la sezione 5 del questionario hanno l'obiettivo di indagare come sta cambiando il suo ruolo attuale rispetto a quello del periodo pre-fusione. Il suo ruolo di middle manager, come già ricordato, prevede una componente professionale (clinica e tecnico-amministrativa) e una manageriale. Le chiediamo di pensare alla distribuzione del tempo in una giornata lavorativa ordinaria.

#### **SEZIONE 5A. Distribuzione del tempo**

**5.A1 Ipotizzando che la somma tra componente manageriale e professionale della sua giornata lavorativa sia 100, indichi la quota di tempo che dedicava alle attività strettamente manageriali nel periodo pre-fusione:**

- 0 – 20%
- 20 – 40%
- 40 – 60%
- 60 – 80%
- Più dell'80%

**5.A2 Ipotizzando che la somma tra componente manageriale e professionale in una giornata lavorativa sia 100, indichi la quota di tempo che dedica alle attività strettamente manageriali attualmente:**

- 0 – 20%
- 20 – 40%
- 40 – 60%
- 60 – 80%
- Più dell'80%

## SEZIONE 5B. Complessità e cambiamento

**Scala:** 1 = profondamente in disaccordo; 2 = abbastanza in disaccordo; 3 = né in disaccordo né d'accordo; 4 = abbastanza d'accordo; 5 = molto d'accordo

- 5.B1. La gestione della fusione ha comportato un aumento significativo della complessità.
- 5.B2. La complessità diminuirà una volta portato a regime e concluso il processo di fusione e di riorganizzazione.
- 5.B3. L'esigenza di cambiamento è strettamente collegata alla fusione e alla riorganizzazione.
- 5.B4. L'esigenza di cambiamento è un elemento costante dello scenario nel quale operano le aziende sanitarie.
- 5.B5. Al termine del processo di fusione e di unificazione, la gestione sarà semplificata.
- 5.B6. La fusione comporta un aumento della complessità di gestione, indipendente dal superamento della fase di unificazione.

## SEZIONE 5C. Cambiamento del tempo dedicato alle relazioni

Consideri la componente manageriale del suo ruolo. Le chiediamo di pensare alla distribuzione del tempo dedicato alle relazioni, che suddividiamo in relazioni verso l'alto (con soggetti e strutture che occupano livelli superiori rispetto a lei), verso il basso (con i suoi subordinati) e laterali (verso soggetti sia interni sia esterni all'azienda). Le sarà richiesto di rispondere separatamente per il periodo pre-fusione e per quello post-fusione.

### **5.C1 In una giornata lavorativa ordinaria nel periodo pre-fusione, fatto cento la somma tra le diverse relazioni, come si distribuiscono in %?**

- Relazioni verso l'alto: ..... (%)
- Relazioni verso il basso: ..... (%)
- Relazioni laterali verso soggetti interni all'azienda: ..... (%)
- Relazioni laterali verso soggetti esterni all'azienda: ..... (%)

### **5.C2 In una giornata lavorativa ordinaria nel periodo attuale, fatto cento la somma tra le diverse relazioni, come si distribuiscono in %?**

- Relazioni verso l'alto: ..... (%)
- Relazioni verso il basso: ..... (%)
- Relazioni laterali verso soggetti interni all'azienda: ..... (%)
- Relazioni laterali verso soggetti esterni all'azienda: ..... (%)

## Bibliografia

- Alhaqbani A., Reed D. M., Savage B. M., Ries J., 2016. «The Impact of Middle Management Commitment on Improvement Initiatives in Public Organisations», *Business Process Management Journal*, 22(5), pp. 924-938.
- Belasen A., 2014. «The Ambiguous and Underappreciated Role of Middle Managers in Healthcare Organizations». *Paper presented at Academy of Management, Healthcare Management Division*, Philadelphia.
- Belasen A.T., Belasen A. R., 2016. «Value in the Middle: Cultivating Middle Managers in Healthcare Organizations», *Journal of Management Development*, 35(9), pp. 1149-1162.
- Buchanan D. A., Denyer D., Jaina J., Kelliher C., Moore C., Parry E., Pilbeam C. J., 2013. «How Do They Manage? A Qualitative Study of the Realities of Middle and Front-line Management Work in Healthcare», *Health Services and Delivery Research*, 1(4), pp. 1-248.
- Buchanan D. A., Parry E., Gascoigne C., Moore C., 2013. «Are Healthcare Middle Management Jobs Extreme Jobs?», *Journal of Health Organization and Management*, 27(5), pp.646-664.
- Carlstrom E. D., 2012. «Middle Managers on the Slide», *Leadership in Health Services*, 25(2), pp. 90-105.
- Costello A. B., Osborne J., 2005. «Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most from your Analysis», *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10(7), pp. 1-9.
- Currie G., Procter S. J., 2005. «The Antecedents of Middle Managers' Strategic Contribution: The Case of a Professional Bureaucracy», *Journal of Management Studies*, 42(7), pp. 1325-1356.
- Eisenberger R., Huntingto, R., Hutchison S., Sowa, D., 1986. «Perceived Organizational Support», *Journal of Applied Psychology*, 71(3), pp. 500-507.
- Floyd S. W., Wooldridge B., 1994. «Dinosaurs or Dynamos? Recognizing Middle Management's Strategic Role», *Academy of Management Perspectives*, 8(4), pp. 47-57.
- Forbes T., Hallier J., 2006. «Social Identify and Self-Enactment Strategies: Adapting to Change in Professional-Manager Relationships in the NHS», *Journal of Nursing Management*, 14(1), pp. 34-42.
- Lega F., 2008. «The Rise and Fall(acy) of Clinical Directorates in Italy», *Health Policy*, 85(2), pp. 252-262.

- Meyer J. P., Smith C. A., 2000. «HRM Practices and Organizational Commitment: Test of a Mediation Model», *Canadian Journal of Administrative Sciences*, 17(4), pp. 319-331.
- Mintzberg H., 1973. *The Nature of Managerial Work*, New York, Harper and Row.
- Mintzberg H., 2012. «Managing the Myths of Health Care», *World Hospitals and Health Services: The Official Journal of the International Hospital Federation*, 48(3), pp. 4-7.
- Porter S., Anderson L., Chetty A., Dyker S., Murphy F., Cheyne H., Latto D., Grant A., McLachlan M., Wild P., McDonald A., Kettles A. M., 2006. «Operational Competency Development in E and F Grade Nursing Staff: Preparation for Management», *Journal of Management*, 14(5), pp 384-390.
- Preston D., Loan-Clarke J., 2000. «The NHS Manager: A View from the Bridge», *Journal of Management in Medicine*, 14(2), pp. 100-108.
- Stankiewicz-Mróz A., 2018. «Factors Building Commitment of Healthcare Workers», in *International Conference on Applied Human Factors and Ergonomics*, Cham, Springer, pp. 149-158.
- Steane P., Dufour Y., Gates D., 2015. «Assessing Impediments to NPM Change», *Journal of Organizational Change Management*, 28(2), pp. 263-270.
- Stevens J. P., 2012. *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, New York, Routledge.
- Teo S. T., Pick D., Xerri M., Newton C. J., 2016. «Person–Organization Fit and Public Service Motivation in the Context of Change», *Public Management Review*, 18(5), pp.740-762.
- Thorpe K., Loo R., 2003. «Balancing Professional and Personal Satisfaction of Nurse Managers: Current and Future Perspectives in a Changing Healthcare System», *Journal of Nursing Management*, 11(5), pp. 321-330.
- Timmerman M. E., Lorenzo-Seva U., 2011. «Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis», *Psychological Methods*, 16(2), pp. 209–220.
- Viitanen E., Lehto J., Tampsi-Jarvala T., Mattila K., Virjo I., Isokoski M., Hyppölä H., Kumpusalo E., Halila H., Kujala S., Vänskä J., 2006. «Doctor-Managers as Decision Makers in Hospitals and Health Centres», *Journal of Health Organization and Management*, 20(2), pp.85-94.

## Capitolo 5. Conclusioni e prospettive

*di Mario Del Vecchio e Anna Romiti*

Le aziende sanitarie pubbliche sono per gli studiosi di *management* un oggetto di particolare complessità sotto molti punti di vista. La prospettiva manageriale si è dovuta anzitutto conquistare, almeno nel nostro Paese, una difficile legittimazione rispetto a un settore, quello della sanità, del tutto peculiare in termini di processi produttivi, ma soprattutto di rilevanza sociale dei risultati prodotti. Sotto il profilo della strumentazione concettuale, poi, la natura pubblica e professionale che connota le aziende e la loro gestione impone il ricorso a una pluralità di chiavi interpretative provenienti da discipline talvolta anche molto lontane da quelle manageriali (Borgonovi 1996).

Il tratto di maggiore complessità rimane la difficoltà nel bilanciare evidenze con opinioni e prescrizioni. L'intrecciarsi di fenomeni economici e di natura diversa, insieme alla rilevanza pubblica del settore, convergono nel creare una certa distanza tra percezioni e assunti impliciti da una parte, e fenomeni reali dall'altra. Tale distanza potrebbe destare minori preoccupazioni se i fenomeni reali, come avviene nelle aziende sanitarie pubbliche, non fossero condizionati in modo rilevante dalle percezioni di un'ampia platea di attori. Così tensioni, problemi, opportunità che attengono alla vita aziendale – e che in altri contesti troverebbero possibili risposte prevalentemente sul terreno delle razionalità gestionali – possono nascere, svolgersi e trovare soluzioni in ambiti che poco hanno che fare con il concreto funzionamento delle aziende e con la loro necessità di rispondere a bisogni complessi in un quadro di risorse scarse. Se in parte tutto ciò è fisiologico, dipendendo dal contesto istituzionale e sociale entro il quale si svolge la vita delle aziende, in una prospettiva economico-aziendale è necessario porre in essere uno sforzo continuo, mirato a riportare analisi e riflessioni verso il centro delle questioni. Può essere perciò particolarmente utile rivolgere un'attenzione specifica a ciò che avviene nelle aziende e alle loro concrete condizioni di funzionamento, provando a interrogare direttamente la realtà.

Lo scopo che ha guidato il lavoro è stato proprio quello di cogliere dinamiche e condizioni di funzionamento delle aziende sanitarie utilizzando lo *stress*

*test* di un aumento sostanziale di dimensioni a seguito di una fusione. Le ragioni alla base di tale scelta sono essenzialmente tre e in parte si intrecciano.

La prima è che la fusione, quali che siano le caratteristiche assunte dal processo, mette necessariamente in moto dinamiche di aggiustamento, a diversi livelli e in ambiti diversi, che possono rendere più agevole, rispetto a una situazione statica, la decifrazione di alcune caratteristiche di funzionamento. Agli stessi protagonisti, se direttamente interrogati, possono diventare più chiare ed evidenti alcune questioni quando sono in condizione di confrontare l'esperienza di un "prima" con quella di un "dopo".

La seconda è che dimensioni aziendali significativamente più ampie di quanto non fossero anche solo dieci anni fa stanno ormai diventando la norma nel SSN (Bobini et al. 2019). A questo mutamento delle dimensioni dovrebbero, in linea di principio, corrispondere condizioni e problemi manageriali diversi da quelli che caratterizzavano le stesse aziende "a taglia diversa". In questa prospettiva, osservare aziende di grandi dimensioni potrebbe aiutare a identificare gli elementi che caratterizzeranno la maggior parte delle aziende in un futuro prossimo.

L'ultima ragione è più complessa e meno ovvia delle altre. I processi di cambiamento, come quelli sperimentati dalle aziende considerate, possono essere visti da due prospettive diverse (Weick e Quinn 1999). La prima, più tradizionale, vede il cambiamento come uno stato transitorio ed eccezionale (*episodic change*) che porta l'azienda da una configurazione a un'altra, attraverso la ben nota sequenza *unfreeze, transition, refreeze*. La seconda vede il cambiamento come uno stato permanente (*continous change*), all'interno del quale è possibile inserire processi intenzionalmente cercati e guidati di ridefinizione dei sentieri di sviluppo intrapresi attraverso una sequenza inversa rispetto alla precedente: *freeze, rebalance (reinterpret), unfreeze*. Se si assume questa seconda prospettiva, i temi e le lezioni che dai casi esaminati emergono rispetto al cambiamento, sperimentato e in corso, sono destinati a caratterizzare in via permanente, e non episodica, la gestione delle aziende sanitarie.

In questo senso, pur in un quadro di percezioni non del tutto coerente circa l'origine della complessità che sono stati chiamati a sperimentare, gli intervistati dalla ricerca si dichiarano quasi unanimemente d'accordo con l'affermazione per la quale il cambiamento è un tratto caratteristico e permanente dello scenario in cui sono chiamati a operare (si veda Tabella 5.1).

**Tabella 5.1 - Cambiamento e complessità (N=170)**

Item del questionario relativi a cambiamento e complessità	Disaccordo (profondamente in disaccordo + abbastanza in disaccordo)	Neutro	Accordo (profondamente d'accordo + abbastanza d'accordo)
La gestione della fusione ha comportato un aumento significativo della complessità	9 (5.3%)	10 (5.9%)	151 (88.8%)
La complessità diminuirà una volta portato a regime e concluso il processo di fusione e di riorganizzazione	46 (27.1%)	39 (22.9%)	85 (50%)
L'esigenza di cambiamento è strettamente collegata alla fusione e alla riorganizzazione	40 (23.6%)	28 (16.5%)	102 (60%)
L'esigenza di cambiamento è un elemento costante dello scenario nel quale operano le aziende sanitarie	6 (3.6%)	10 (5.9%)	154 (90.6%)
Al termine del processo di fusione e di unificazione, la gestione sarà semplificata	54 (31.7%)	57 (33.5%)	59 (34.7%)
La fusione comporta un aumento della complessità di gestione, indipendente dal superamento della fase di unificazione	21 (12.4%)	21 (12.4%)	128 (75.3%)

I risultati della ricerca sono già stati presentati e commentati nei capitoli precedenti. Si propongono qui, raggruppate per temi, alcune considerazioni di ordine generale che emergono dalla ricerca nel suo insieme e che possono rappresentare altrettanti stimoli per future analisi e riflessioni.

### *La plasticità delle aziende*

Come è stato più volte sottolineato, la crescita modifica le condizioni di gestione delle aziende, ne aumenta la complessità e richiede una serie di adattamenti. È stato anche spesso richiamato come gli assetti istituzionali e gli elementi fondanti degli assetti organizzativi, entrambi non modificabili a livello aziendale, non abbiano visto interventi a livello di sistema. Bisogna inoltre considerare come nel caso delle aziende sanitarie pubbliche il processo di crescita dimensionale non sia mai endogenamente guidato, cioè spinto da opportunità e necessità di mercato che continuano a esercitare i loro stimoli lungo tutte le fasi del processo. Viceversa, tale processo si configura quasi sempre come uno *shock* istituzionale nel senso che, anche quando (raramente) adeguatamente predisposto nei

tempi e nelle modalità, rimane pur sempre generato dall'esterno e dall'esterno imposto al funzionamento aziendale.

In queste condizioni, ad assetti istituzionali dati e in presenza di un marcato isomorfismo organizzativo, le aziende esaminate hanno mostrato una notevole capacità di assorbimento del cambiamento. I principali attori hanno sì segnalato la percezione di cambiamenti, anche di rilievo, negli impegni loro richiesti dal ruolo che occupano, ma nessuno ha manifestato eccessive preoccupazioni rispetto alla possibilità di dominare le nuove complessità. È bene sottolineare come il giudizio qui espresso circa la plasticità, ovvero la capacità di assorbimento del cambiamento, non intenda entrare nel merito dell'effettiva funzionalità delle nuove aziende (il successo o no dei processi di fusione), quanto limitarsi alla percezione che il *management* complessivamente ha circa la propria possibilità di azione nella nuova condizione. Le riflessioni vanno però differenziate tra *top* e *middle management*.

Nel primo caso la ricerca ha mostrato la capacità del *top management*, pur nel perimetro di strutture immutate, di rimodellare le proprie condizioni di funzionamento, adattandole ai diversi contesti, anche in relazione alle proprie specifiche visioni. Si tratta di una plasticità finora poco considerata a causa della rigidità degli assetti istituzionali pubblici e che si riflette in vere e proprie strategie di *governance* che le direzioni generali sono state in grado di adottare. Se strutture e meccanismi di governo delle aziende sono in larga parte predefiniti, il cambiamento di dimensione ha comunque consentito un ripensamento e una migliore focalizzazione del funzionamento del vertice attraverso una serie di elementi (distribuzione del potere, ruolo degli staff, cooptazione ecc.) che nel loro insieme, e per la loro coerenza, si configurano come assetti effettivi di governo. Sul piano degli strumenti manageriali, le strategie di *governance* in questione si presentano come un quadro coerente e complessivo nel quale gli specifici elementi di "riduzione della complessità" aziendale sopra richiamati assumono pieno significato. Nel caso del *middle management*, e segnatamente quello ibrido, le possibili ipotesi in grado di spiegare le ragioni di una, per certi versi sorprendente, mancanza di tensioni sul ruolo sono meno chiare. Qui la risposta a un possibile aumento di complessità derivante da una dimensione più ampia sembra essere stata relativamente semplice, limitandosi a una diversa distribuzione del tempo tra attività professionali e attività manageriali. La possibilità che un mero adattamento quantitativo possa avere risolto il problema di come bilanciare offerta (del *middle management*) e domanda (dell'azienda) di capacità e impegno gestionale è un risultato che dovrà essere meglio indagato, soprattutto in assenza di tracce evidenti di qualche difficoltà, se non nella situazione presente, almeno nella transizione da uno stato all'altro. Se si guarda all'offerta, è possibile che il *middle management* abbia attinto a riserve di capacità manageriali o di apprendimento nell'azione finora largamente sottovalutate. Ciò por-

rebbe il problema di come valutare meglio e fare esprimere un potenziale prezioso per le aziende e il loro funzionamento. Se si guarda invece alla domanda, è possibile che le aziende abbiano costantemente adattato ciò che chiedevano al *middle management*, in particolare a quello ibrido, alle capacità percepite, senza generare tensioni eccessive e assorbendo per altra via il possibile aumento di complessità o scaricandolo sull'ambiente esterno in termini di minore funzionalità. In questo caso le aziende "proteggerebbero" i ruoli in questione sottovalutando, probabilmente, le possibilità di apprendimento ed evoluzione generate da tensioni positive intenzionalmente guidate e, in ogni caso, rinunciando a sfruttare fino in fondo tutte le potenzialità e capacità aziendali. Un'interpretazione più positiva potrebbe essere il progressivo allentamento della pressione sulle linee tradizionali (la struttura verticale) a favore, da una parte, di ruoli e meccanismi di integrazione orizzontale che si sarebbero fatti carico di parte delle responsabilità e, dall'altra, delle cosiddette piattaforme non caratterizzate in senso professionale e poco evidenti nelle rappresentazioni formali delle responsabilità.

Indipendentemente dalle interpretazioni e dai giudizi, rimane per chi guida i sistemi e le aziende il tema di come governare e sfruttare meglio le capacità dinamiche che le aziende stesse hanno mostrato di possedere.

### *Il ruolo del DG*

La figura del DG ha rappresentato da sempre l'immagine del processo stesso di aziendalizzazione. La nascita di quell'oggetto particolare che sono le aziende nel contesto del SSN si identifica, infatti, con il superamento della collegialità di natura politica degli organi di governo che caratterizzava il precedente modello e con l'enfasi posta sulla monocraticità e i "pieni poteri" del DG. In questa prospettiva, l'interpretazione del ruolo del DG ha sempre oscillato tra due estremi. Da una parte vi era chi sottolineava, appunto, il disegno dell'assetto istituzionale ovvero l'autonomia garantita all'azienda e al suo DG in assenza, peraltro, di organi collegiali (come per esempio i *board* dell'esperienza britannica) con cui confrontarsi o a cui dare conto. Così il ruolo del DG era idealizzato come quello di un "uomo solo al comando", la cui discrezionalità doveva essere costantemente limitata da norme e vincoli di ogni genere. Dall'altra, invece, vi era chi rimarcava come un insieme di elementi, da quelli giuridico-istituzionali a quelli reali – come per esempio la distribuzione effettiva del potere tra *management*, professionisti e politica – svuotasse di fatto la possibilità del DG di guidare l'azienda, privandolo di ogni significativo spazio di autonomia. Non è questo il luogo nel quale affrontare un tema così complesso, ricco di premesse e implicazioni. L'analisi dei casi consente però di osservare un ambito di azione del DG spesso poco considerato. Non si tratta dell'esercizio di poteri, formali o reali che siano, ma della possibilità di avere comunque una significativa influenza sull'ambiente interno.

Una prima area di influenza è quella del clima organizzativo e della soddisfazione degli operatori. Nell'analisi dei casi, un'ipotesi proposta per spiegare il minore gradimento di soddisfazione del *middle management* registrato nella AUSL Toscana Centro è stata la maggiore distanza, fisica e organizzativa, del DG dalle linee operative, nonostante una rimarchevole coesione del gruppo dirigente allargato (*top management* e direttori di dipartimento). Si tratta, è bene sottolinearlo, di un'ipotesi la cui conferma richiederebbe ulteriori analisi, ma è comunque noto come le organizzazioni professionali soffrano, per varie ragioni, le catene organizzative lunghe. Da questo punto di vista, la cultura organizzativa delle aziende sanitarie pubbliche sembrerebbe rimanere ancorata a quella tipica dell'ospedale, in cui ogni nucleo operativo specializzato richiede e beneficia di un accesso relativamente agevole al vertice aziendale, anche solo in termini di potenzialità. Il DG, in questo senso, rappresenta realmente l'incarnazione dell'azienda e dei suoi significati. Tale ruolo non può essere delegato perché ogni processo di delega riporterebbe l'azienda a una dimensione impersonale e gerarchica lontana dalla cultura professionale. La vicinanza al DG è, in sintesi, la possibilità di generare e stimolare un senso di vicinanza all'azienda. In una differente prospettiva, non sarebbero tanto l'appartenenza o la vicinanza del professionista all'azienda a essere messe in discussione, quanto la legittimazione del *top management* rispetto all'azienda stessa. In questo caso la presenza fisica o virtuale del *top management*, la condivisione delle medesime esperienze, la conoscenza diretta potrebbero migliorare il senso di soddisfazione. Anche per questo tema sono necessarie ulteriori analisi e ricerche, ma per il *top management* rimane il problema di come assicurare una propria presenza visibile e significativa in aziende che diventano più estese e complesse o di come e a quali condizioni provare a intervenire sulla natura delle aziende per rendere più accettabile la "normale delega manageriale".

Una seconda area, ancor meno esplorata e, probabilmente, più rilevante, è quella relativa alla visione di cui è portatore il DG, quando, come nei casi considerati, tale visione è presente. Il termine "visione" è qui riferito a un sistema di concetti chiave circa l'azienda e le sue caratteristiche di funzionamento, il suo posizionamento, le dinamiche evolutive, gli elementi critici da presidiare nelle relazioni con l'ambiente che il DG è in grado di articolare e che ne caratterizzano coerentemente l'azione (Coda 1988).

Il tema della visione del *top management*, così spesso analizzato nel caso di molte altre tipologie di aziende, diventa molto delicato nei casi delle aziende pubbliche per almeno due ordini di motivi.

Il primo è che i meccanismi gestionali riflettono una tendenza all'esplicitazione e alla formalizzazione tipiche degli assetti istituzionali pubblici. In questo senso, in molte concettualizzazioni e rappresentazioni delle aziende pubbli-

che, dimensioni implicite, e che non trovano una diretta ed evidente manifestazione in atti formalizzabili, come quelle connesse alla visione, non dovrebbero neppure esistere o, perlomeno, dovrebbero essere minimizzate.

Il secondo è che la visione è molto prossima alla dimensione dei valori e delle finalità, che in molte concettualizzazioni rimane sempre una dimensione strettamente riservata alla politica e nella quale il *management* non dovrebbe entrare. Eppure, dai casi analizzati, emerge la capacità dei DG di trasmettere la propria visione e di farne, insieme a una guida per l'azione, una sorta di patrimonio comune condiviso da un'ampia parte del *middle management*.

Sul piano della ricerca sarebbe importante esaminare meglio fenomeni come quelli osservati e che caratterizzano l'azione di una parte non irrilevante del *management* pubblico. L'analisi empirica potrebbe offrire poi l'occasione per una migliore concettualizzazione del tema, nello specifico delle aziende sanitarie pubbliche, che renda possibile un migliore e più consapevole utilizzo della "visione" nella concreta pratica manageriale.

In sintesi, è possibile che le matrici tradizionali delle riflessioni sulle aziende pubbliche abbiano condizionato in senso troppo strutturale la concettualizzazione e la pratica del *management*. Un'attenzione troppo rivolta a meccanismi e decisioni ha messo in ombra il fatto che le aziende sono fatte da persone e non sono solo "macchine organizzative". I valori, le idee, le percezioni degli individui e le loro interrelazioni reciproche sono una parte importante dei fenomeni gestionali.

#### *L'attaccamento all'azienda: un capitale poco valorizzato*

Un ultimo ambito di riflessione è dedicato alla relazione molto positiva che lega il *middle management* all'azienda. Si tratta di un insieme di giudizi espressi che vanno dall'apprezzamento nei confronti dei colleghi, alla soddisfazione di fare parte della compagine aziendale, a una scarsa propensione a valutare un eventuale passaggio a un'altra azienda. Tutto ciò concorre a definire un quadro di attaccamento all'azienda molto lontano dall'immagine di un rapporto logorato e di una diffusa demotivazione che prevale, sia nel dibattito pubblico sulle aziende sanitarie (e sul pubblico impiego in generale) sia in quello che ha luogo in azienda tra i diversi attori (le rappresentazioni alla base del confronto tra i soggetti e che influenzano decisioni). A questo scarto abbiamo già accennato all'inizio di questo capitolo, segnalando una permeabilità dell'ambiente aziendale a giudizi e valutazioni che trovano origine al di fuori dell'azienda stessa.

Lo scarto in questione e la sua rilevanza possono essere parzialmente ridimensionati riconducendone l'origine alla matrice professionale che caratterizza larga parte del *middle management* in sanità. Il giudizio e l'attaccamento potrebbero essere, in questo caso, riferiti più al proprio lavoro e alla propria identità professionale che non all'azienda in quanto tale e alla funzione gestionale che gli intervistati svolgono. Anche non sottovalutando l'importanza della

variabile professionale, rimane il fatto che un capitale di fidelizzazione che molte aziende in altri contesti perseguono con grandi sforzi è, in questo caso, poco considerato, poco sfruttato e poco coltivato.

I potenziali vantaggi di coerenti politiche di gestione per rendere più evidente il valore offerto alle persone dall'appartenenza aziendale, l'utilizzo di una rappresentazione più realistica delle percezioni e dei giudizi nelle relazioni tra azienda e *middle management*, la messa in atto di azioni che mirino specificamente a sostenere un quadro positivo sono numerosi e molto evidenti. È qui sufficiente sottolineare come il riallineamento tra il giudizio privato e quello pubblico circa la qualità dell'equilibrio tra contributi richiesti e ricompense offerte al *middle management* potrebbe rappresentare la base per un impegno diverso e maggiore anche sul fronte gestionale e per la diffusione di percezioni diverse a tutti i livelli dell'azienda. Non bisogna infatti dimenticare come il *middle management*, e quello ibrido in particolare, rappresenti uno snodo fondamentale per indirizzare la percezione e influenzare le attese.

Resta da chiedersi come mai le aziende sanitarie pubbliche non siano riuscite a cogliere le opportunità e costruire appropriati meccanismi di intervento. Ancora una volta emerge il tema di una visione delle relazioni tra azienda e individui troppo legata alla neutralità tipica dei sistemi pubblici. Da questo punto di vista, l'intervento sulle percezioni e le attese delle persone, da una parte, e l'orientamento intenzionale dei comportamenti, dall'altra, non sono pienamente legittimati da una visione che rimane ancorata alla neutralità e oggettività dei processi gestionali e delle scelte manageriali. In coerenza con tale visione di fondo, il tema qui toccato finisce per non rientrare nel perimetro di alcuna funzione aziendale e non trova quindi i possibili ancoraggi organizzativi per essere affrontato in termini di meccanismi e sistemi di gestione coerenti. La riflessione e il dibattito aziendale sul tema dell'equilibrio contributi/ricompense e, in generale, sulla qualità della relazione che lega il *middle management* alle aziende, rimane affidato a occasioni spontanee e casuali. Le opinioni e il comune sentire aziendale si formano spesso così, senza che il punto di vista dell'azienda possa trovare adeguata rappresentazione.

Una volta di più è augurabile che alcune delle analisi che sono state qui proposte possano essere ulteriormente sviluppate e trovare concreta applicazione nella gestione delle aziende.

## **Bibliografia**

- Bobini M., Cinelli G., Gugiatti A., Petracca F., 2019. «La struttura e le attività del SSN», in CERGAS-Bocconi, *Rapporto OASI 2019. Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario Italiano*, Milano, Egea, pp. 33-98.
- Borgonovi E., 1996. *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Milano, Egea.
- Coda V., 1988. *L'orientamento strategico dell'impresa*, Torino, UTET.
- Karl E., Weick and Robert E. Quinn, 1999. «Organizational Change and Development», *Annual Review of Psychology*, 50(1), pp. 361-386.



## **Governare le aziende sanitarie in cambiamento**

Negli ultimi dieci anni le dimensioni di molte aziende sanitarie sono notevolmente aumentate. L'obiettivo della ricerca è stato quello di verificare come le aziende stesse abbiano fatto fronte alla maggiore complessità derivante dai processi di fusione. Particolare attenzione è stata prestata, da una parte, alle modalità con cui il vertice ha riconfigurato gli assetti e i meccanismi di governo aziendale e, dall'altra, alle modalità di risposta del middle management in termini di modifiche di ruolo e di adattamento alle nuove configurazioni.

La ricerca, che ha scelto come riferimento empirico tre aziende sanitarie di grandi dimensioni interessate da un recente processo di fusione, ha fatto ricorso a metodologie diverse, da quelle qualitative a quelle quantitative. Le conclusioni, ricche di implicazioni manageriali, sottolineano la plasticità delle aziende, il ruolo del Direttore Generale nei processi di cambiamento e la relazione molto positiva che lega il middle management all'azienda.

**Mario Del Vecchio** è professore associato di Economia Aziendale presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione Health Services Research, dell'Università degli Studi di Firenze. Dirige il CUSAS (Centro Universitario di Studi in Amministrazione Sanitaria) presso la stessa Università. È Affiliate Professor di Government, Health and Not for Profit presso la SDA Bocconi School of Management.

**Anna Romiti** è ricercatrice di Economia e gestione delle imprese presso il Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Sezione Health Services Research, dell'Università degli Studi di Firenze. È titolare dell'insegnamento di Economia e gestione delle imprese in diversi Corsi di laurea dello stesso Ateneo. Si occupa di management sanitario con particolare riferimento agli assetti di governo delle aziende. I suoi interessi si estendono anche ai temi gestionali collegati al mondo dello sport e del turismo sportivo.

Realizzato con il contributo  
non condizionante di

The Lilly logo is written in a red, cursive script font.