

a cura di  
CERGAS - Bocconi

# Rapporto OASI 2019

## Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università  
Bocconi

CERGAS  
Centro di ricerche sulla Gestione  
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi  
School of Management

 Egea

**Collana CERGAS**

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

# 9 Il middle management nelle aziende sanitarie pubbliche: censimento nazionale e analisi dei meccanismi di empowerment e responsabilizzazione<sup>1</sup>

di Alessandro Furnari, Francesca Lecci, Alberto Ricci<sup>2</sup>

## 9.1 Introduzione e obiettivi di ricerca

Nell'ultimo quindicennio, a causa dei processi di accorpamento tra aziende previsti dai riordini di molti SSR, le dimensioni delle aziende sanitarie pubbliche italiane sono notevolmente aumentate. Sul versante del bacino di utenza, la popolazione media assistita delle aziende territoriali ha raggiunto, nel 2018, i 504.033 abitanti, con un aumento del 108% rispetto al 2001 (Barzan *et al.*, 2018). La maggiore estensione geografica delle aziende comporta tempi di percorrenza tra punti di erogazione che può raggiungere le tre ore (Del Vecchio *et al.*, 2017). Sul versante organizzativo, secondo i dati resi disponibili dal Ministero della Salute riferiti all'anno 2017, 78 ASL, pari al 77% del totale nazionale<sup>3</sup>, registrano più di 2.000 dipendenti; ben 22 ASL (22%) superano i 5.000 dipendenti. Anche 34 Aziende Ospedaliere (63% del totale<sup>4</sup>) presentano più di 2.000 dipendenti. A titolo di confronto, il Ministero dello Sviluppo Economico (MISE, 2016) considera «grandi imprese» le entità con più di 250 dipendenti. Infine, mentre i parametri del MISE classificano come grandi imprese realtà con un fatturato superiore ai 50 milioni di euro, sul piano economico, le ASL e le AO con meno di 100 milioni di valore della produzione costituiscono oramai l'eccezione<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> Gli autori ringraziano tutti i professionisti intervistati: per l'ASST Sette Laghi, Massimo Agosti, Maria Teresa Aletti, Gianni Bonelli, Paolo Castelnuovo, Eugenio Coccozza, Paolo Covacich, Anna Maria Grandi, Graziella Pinotti, Fausto Sessa; per l'AUSL di Reggio Emilia, Maria Elena Costa, Giancarlo Gargano, Mauro Grossi, Mirco Lusiardi, Pierpalolo Pattacini, Mirco Pinotti, Annibale Versari. Si ringrazia Chiara Di Bonaventura per il supporto nella raccolta e nell'analisi dei dati.

<sup>2</sup> Sebbene il lavoro sia frutto di un lavoro congiunto degli autori, i §§ 9.1 e 9.2 sono da attribuire ad Alberto Ricci, il § 9.3 ad Alessandro Furnari e i §§ 9.4 e 9.5 a Francesca Lecci.

<sup>3</sup> Nelle rilevazioni del Personale, il Ministero della Salute considera le 8 ATS lombarde come ASL. A causa di tale scelta di classificazione, il totale delle ASL (101) è diverso da quello presentato al capitolo 2 del presente Rapporto.

<sup>4</sup> Sono incluse le ASST lombarde (cfr. *supra*).

<sup>5</sup> A titolo esemplificativo, si considerino le tre regioni che hanno completato i processi di riordino

Le dimensioni indubbiamente rilevanti e, almeno fino al 2018, crescenti, si traducono in una complessità gestionale maggiore rispetto al passato, specialmente considerando le caratteristiche delle aziende sanitarie. Queste ultime sono organizzazioni professionali con forte differenziazione di servizio; allo stesso tempo, sono fortemente influenzate dal modello burocratico e dal complesso fabbisogno di *accountability* proprio delle amministrazioni pubbliche (cfr. Lega, 2016; Borgonovi, 1996). Il successo degli accorpamenti dipende dal *se* e dal *come* gli assetti interni delle aziende si modificano in relazione al cambiamento delle dimensioni (Del Vecchio *et al.*, 2017). Tra le criticità più rilevanti, abbiamo il tema della «perdita di controllo» da parte della direzione aziendale, che deve reimpostare ruoli e meccanismi organizzativi idonei a calare le scelte strategiche verso il livello operativo (Fattore *et al.*, 2016). Appaiono quindi cruciali le modalità di *definizione e responsabilizzazione* degli spazi intermedi tra il vertice strategico e i nuclei operativi (Mintzberg, 1985)<sup>6</sup>.

Il primo cruciale elemento è dunque la *definizione* dei ruoli organizzativi intermedi, che, d'ora in avanti, saranno identificati come *middle management*. Del Vecchio *et al.* (2017), analizzando i casi di tre aziende territoriali, mostrano come ciascuna di esse definisca in maniera differente il proprio *middle management*. In alcune realtà, stanno emergendo nuovi ruoli, come quello dei coordinatori delle attività ospedaliere e dei coordinatori delle attività territoriali (o simili denominazioni), che rispondono direttamente alla direzione aziendale. In altre parole, sono considerati come *middle manager* i direttori di presidio ospedaliero e/o il responsabile del servizio delle professioni sanitarie. Tuttavia, un tratto comune è l'inclusione nel middle management dei direttori di dipartimento<sup>7</sup> e dei direttori di distretto. Dipartimenti e distretti sono articolazioni organizzative consolidate e ormai diffuse in tutte le aziende del SSN, ma declinate in maniera diversa da azienda ad azienda in termini di numerosità, denominazione (e dunque, porzione delle attività aziendali supervisionate) e collocazione all'interno dell'organigramma. Le aziende mostrano di aver investito molto in questa opera di formalizzazione dei livelli intermedi, a cui corrisponde una vasta categoria di responsabili; tuttavia, l'entità, le caratteristiche e il ruolo

---

complessivo del SSR già nel 2016 (ultimo anno di disponibilità dei dati di bilancio attraverso il sito del Ministero della Salute): Lombardia, Toscana e Friuli Venezia Giulia. Il valore della produzione medio delle Aziende erogatrici era di 326,3 milioni di euro (Lombardia), 532,3 milioni (Friuli Venezia Giulia), 1.210,4 milioni (Toscana); solo un'azienda lombarda (ASST della Valcamonica) registrava un valore inferiore ai 100 milioni, mentre tutte e tre le Aziende USL toscane registravano valori superiori ai 1.500 milioni di euro.

<sup>6</sup> Tali nuclei operativi, che compongono la c.d. *line*, corrispondono, nelle aziende sanitarie, alle unità/strutture organizzative focalizzate su una specialità clinica o su uno specifico servizio.

<sup>7</sup> O denominazioni diverse che richiamano però ruoli assimilabili di intermediazione tra vertice aziendale e unità operative cliniche (ad es. le aree ospedaliere e le aree territoriali presso la APSS di Trento).

esercitato effettivamente dai direttori di dipartimento e distretto del SSN non sono mai state indagate sistematicamente.

Il *primo obiettivo di ricerca* del presente capitolo è quindi quello di condurre il primo censimento nazionale dei direttori di distretto e di dipartimento operanti nelle aziende sanitarie pubbliche italiane. Quanti sono i *middle manager*? Quali sono le loro caratteristiche anagrafiche e i principali elementi che hanno contraddistinto il loro percorso formativo e professionale? Da quanto tempo hanno ricevuto l'incarico? Qual è la denominazione dell'articolazione organizzativa diretta e la relativa collocazione nell'organigramma?

Il secondo elemento rilevante nella strutturazione di queste articolazioni organizzative intermedie è il livello di effettiva responsabilizzazione dei loro direttori. Il *secondo obiettivo di ricerca* è quindi quello di descrivere e comprendere l'effettiva responsabilizzazione dei *middle manager* rispetto ai principali processi di (i) programmazione e controllo, con un focus principale sul ciclo di budget (ii) gestione del personale e (iii) coordinamento sia con altri *middle manager*, sia all'interno delle articolazioni organizzative che dirigono. A valle dei processi di accorpamento aziendali, qual è il mandato organizzativo che l'azienda (direzione aziendale, ma anche tecnostrutture) attribuisce ai *middle manager* rispetto a queste tre aree di responsabilizzazione? Come i *middle manager* percepiscono il proprio ruolo? Quali sono le prospettive nello sviluppo organizzativo delle articolazioni intermedie e dei loro direttori?

Del Vecchio et al. (2017) indicano che il principale macro-ambito di responsabilizzazione del *middle management* riguarda i processi di programmazione e controllo (P&C) delle risorse. Ciò non stupisce, dato il ruolo che la funzione riveste nel contribuire a guidare e governare un'organizzazione e nel supportare processi di cambiamento e di miglioramento delle performance (Lawson et al., 2003, De Bruijn, 2002), anche grazie al coinvolgimento formale e informale della componente clinica e di un *commitment* forte e autorevole del vertice aziendale (Lecci e Morelli, 2014). Concretamente, si vuole analizzare il tipo di responsabilizzazione assegnato ai middle manager nel ciclo di budget annuale, ma anche, adottando un'ottica che si ricollega ad altre aree dei sistemi operativi aziendali, nella gestione delle risorse umane e dell'individuazione delle priorità di investimento materiale e immateriale, in coerenza con la programmazione strategica aziendale. Si tratta di responsabilità verticali, inserite nella linea gerarchica, che possono essere esercitate con un diverso livello di intensità: la responsabilizzazione può essere diretta, attraverso una marcata autonomia nella gestione di una quota delle risorse aziendali, oppure indiretta e di fatto da «ambasciatore», se rivolta a raccogliere gli obiettivi segnalati dal nucleo operativo in vista di un semplice «riporto» alla direzione strategica. Naturalmente, al crescere della responsabilizzazione diretta ci si può aspettare un aumento della legittimazione organizzativa dei *middle manager*; progressivamente, si innescano

meccanismi che rafforzano l'autonomia delle porzioni dell'organizzazione focalizzate su un territorio (distretti) o una macro-area di servizio (dipartimenti), rendendo effettiva la spesso auspicata divisionalizzazione delle grandi aziende che contraddistinguono il nostro SSN (Fattore et al., 2016).

La divisionalizzazione ha il vantaggio di filtrare le istanze che raggiungono la direzione aziendale, ma, ovviamente, presenta il rischio della frammentazione delle decisioni e della perdita di controllo su quei processi di cura trasversali ai dipartimenti o ai distretti. Sono quindi necessari adeguati meccanismi di coordinamento orizzontali (tra ospedale e territorio, tra le aree cliniche che condividono i percorsi di cura degli stessi pazienti, ecc.) nei quali il simultaneo coinvolgimento del vertice aziendale e dei *middle manager* appare necessario.

Il capitolo è strutturato come segue: il § 9.2 descrive la metodologia; il § 9.3 presenta i risultati del censimento nazionale dei *middle manager* (direttori di distretto e di dipartimento); il § 9.4 descrive le evidenze emerse dall'analisi dei casi aziendali; il § 9.5 riporta le conclusioni della ricerca, le implicazioni manageriali e le prospettive di futuro approfondimento.

## 9.2 Metodologia

La ricerca ha applicato due distinte metodologie per raggiungere i due obiettivi di ricerca sopra descritti.

Il censimento del *middle management* aziendale è stato condotto tra maggio e luglio 2019 attraverso un'analisi desk dei siti istituzionali di tutte le aziende sanitarie pubbliche del Paese. L'analisi ha individuato distretti e dipartimenti (clinici e amministrativi) a partire dall'organigramma aziendale, per poi recuperare, se disponibile, il *curriculum vitae* del singolo *middle manager*. Sono stati raccolti i seguenti dati:

- ▶ informazioni anagrafiche: genere ed età;
- ▶ elementi del percorso formativo e professionale: disciplina di laurea e di specializzazione clinica; esperienze lavorative in più aziende; esperienze lavorative in più regioni; tipologia dei corsi di formazione manageriale eventualmente seguiti;
- ▶ macro-denominazione dell'articolazione organizzativa diretta;
- ▶ collocazione organizzativa (afferenza gerarchica) dell'articolazione organizzativa diretta.

L'analisi della responsabilizzazione dei *middle manager* è stata invece condotta attraverso il metodo dei casi multipli (Yin, 2013). Tale metodo è particolarmente adatto nel rispondere a domande di ricerca che prevedano la spiegazione o

la descrizione dettagliata di processi aziendali e di *outcome* difficilmente misurabili. Ciò è tanto più valido in realtà aziendali complesse a causa della presenza di categorie professionali, di logiche istituzionali plurime e di molteplici *stakeholder*, come nel caso delle aziende sanitarie pubbliche (Cappellaro *et al.*, 2015).

Sono state analizzate le seguenti Aziende:

- ▶ l'ASST (Azienda Socio-Sanitaria Territoriale) Sette Laghi, localizzata a Varese;
- ▶ l'AUSL (Azienda USL) di Reggio Emilia.

Entrambe le aziende sono state caratterizzate da recenti processi di accorpamento (2016-2017), con l'integrazione tra servizi ospedalieri e servizi territoriali precedentemente compresi in entità giuridicamente distinte; entrambe presentano grandi dimensioni, allineate con la media nazionale (bacino di utenza di 0,5 milioni di abitanti); entrambe, collocate nel Nord del Paese, servono un territorio ad alto sviluppo socio-economico; in entrambe le realtà, tale territorio è variegato sul piano geografico e della densità abitativa. Al di là delle differenze nell'appartenenza regionale e nelle funzioni svolte, si tratta quindi di aziende ben rappresentative di quei contesti, prevalentemente situati al centro-nord, che hanno affrontato negli ultimi anni fusioni e processi di riordino istituzionale.

Per il quadro dettagliato delle caratteristiche aziendali dei casi analizzati, si può fare riferimento alla Tabella 9.1.

Le evidenze, in entrambe le aziende, sono state raccolte attraverso interviste semi-strutturate ai seguenti profili:

- ▶ direttore generale;
- ▶ responsabile del controllo di gestione;

Tabella 9.1 **Profilo dei casi analizzati: tipo di azienda e principali funzioni**

Denominazione azienda	ASST Sette Laghi	AUSL di Reggio Emilia
Macro-area geografica	Nord	Nord
Regione	Lombardia	Emilia-Romagna
Contesto istituzionale regionale	Ridisegno del SSR (LR 23/2015)	Sostanziale stabilità
Tipologia delle aziende coinvolte nel riassetto	Ospedaliera e territoriali (AO Macchi Varese, AO Busto, AO S. Antonio Gallarate, ASL Varese)	Ospedaliera e territoriali (AUSL Reggio Emilia, AO Reggio Emilia)
Attuali funzioni svolte	Erogazione diretta di servizi	Committenza ed erogazione diretta di servizi
Territorio di riferimento	Parte della (ex) Provincia di Varese	(Ex) Provincia di Reggio Emilia
Popolazione servita di riferimento	0,5 mln	0,5 mln

Fonti: siti istituzionali, ISTAT 2019 per i dati demografici.

- ▶ responsabile delle risorse umane;
- ▶ un campione di *middle manager*. Per focalizzare maggiormente l'analisi, si è scelto di intervistare solo direttori di dipartimento, che, come verrà approfondito nel § 9.3, rappresentano l'80% dei *middle manager* del SSN. Sono stati intervistati i direttori di 6 Dipartimenti presso la ASST di Varese<sup>8</sup> e di altri 6 Dipartimenti presso la AUSL di Reggio Emilia<sup>9</sup>.

Nel corso delle interviste, condotte tra il mese di maggio e di giugno del 2019, è stato chiesto ai professionisti di trattare gli argomenti presentati nella Tabella 9.2.

Tabella 9.2 **Schema di riferimento delle interviste semi-strutturate condotte**

Area d'indagine	Dimensioni presidiate
Sistema di gestione dello spazio di delega organizzativa (budget)	Grado di coinvolgimento dei <i>middle manager</i> in fase di definizione degli obiettivi e degli indicatori
	Richiesta di analisi ad hoc, da parte del <i>middle management</i> , per la definizione degli obiettivi
	Grado di condivisione interna al dipartimento delle fasi e del contenuto del ciclo della responsabilizzazione
	Governo del grado di raggiungimento degli obiettivi di budget: analisi degli scostamenti e loro valutazione
Sistema di gestione del personale: selezione, addestramento, valutazione e meccanismi premiali	Livello di partecipazione alla definizione del fabbisogno triennale e strumenti utilizzati
	Fase di valutazione: definizione della scheda di valutazione del personale, livello di esplicitazione degli obiettivi, tempo dedicato alla discussione dei risultati, analisi degli scostamenti e loro valutazione
	Formazione manageriale: programmi frequentati e modalità di stimolo
Sistema di coordinamento delle attività	Costruzione di progetti interdipartimentali
	Incontri periodici tra dipartimenti e loro frequenza
	Interfaccia con i SITRA
	Gestione del sistema informativo

### 9.3 Il middle management delle aziende sanitarie pubbliche italiane

Il paragrafo presenta una fotografia del *middle management* delle aziende sanitarie pubbliche italiane, delineando un primo *identikit* dei *middle manager* attraverso lo studio delle caratteristiche maggiormente ricorrenti. I primi tre sotto-paragrafi si riferiscono ai livelli intermedi di natura clinica (distretti e dipartimenti), mentre l'ultimo sotto-paragrafo approfondisce la componente tecnico-amministrativa.

<sup>8</sup> Dipartimento Donna e Bambino, Dipartimento dei Servizi, Dipartimento chirurgie specialistiche, Dipartimento Chirurgia, Dipartimento oncologico, Dipartimento Medicina Interna.

<sup>9</sup> Dipartimento di Sanità Pubblica, Dipartimento Risorse Umane, Dipartimento Neuromotorio e riabilitativo, Dipartimento Diagnostica per Immagini e Medicina di Laboratorio, Dipartimento Oncologico e delle Tecnologie avanzate.



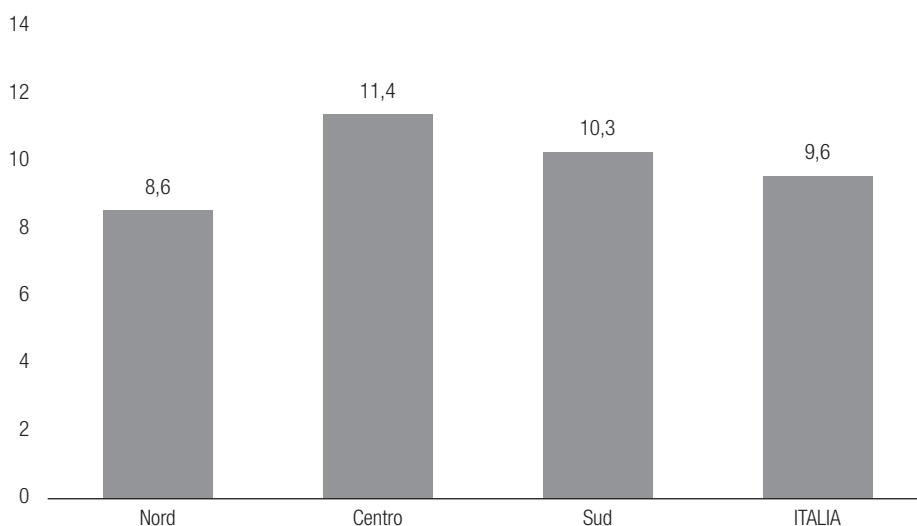
### 9.3.1 L'anagrafica dei middle manager

Il numero delle articolazioni intermedie di natura clinica complessivamente individuati nel panorama nazionale delle aziende sanitarie pubbliche italiane è di 1.945 unità.

A livello nazionale, i livelli intermedi per azienda si aggirano mediamente attorno alle 10 unità (Figura 9.1) e sono in buona parte rappresentati da dipartimenti aziendali o interaziendali (79,4% del totale - Figura 9.2), sebbene nelle regioni meridionali del Paese la maggiore incidenza tenda a ridursi (71,8%) e aumenti la quota relativa ai distretti (28,2%, a fronte dell'11,9% delle regioni del Nord).

Rispetto al totale delle articolazioni intermedie censite, oltre un quinto (435; 22%) non riporta un responsabile al momento della realizzazione del Rapporto (Figura 9.3)<sup>10</sup>. Dei restanti 1.510 *middle manager*, che possono essere nominalmente individuati, circa due su tre (1.038) presentano il proprio CV pubblicato sul sito aziendale. Le analisi sul profilo anagrafico dei *middle manager* sono pertanto state costruite sui 1.038 *curricula* analizzati. Fa eccezione il genere (Fi-

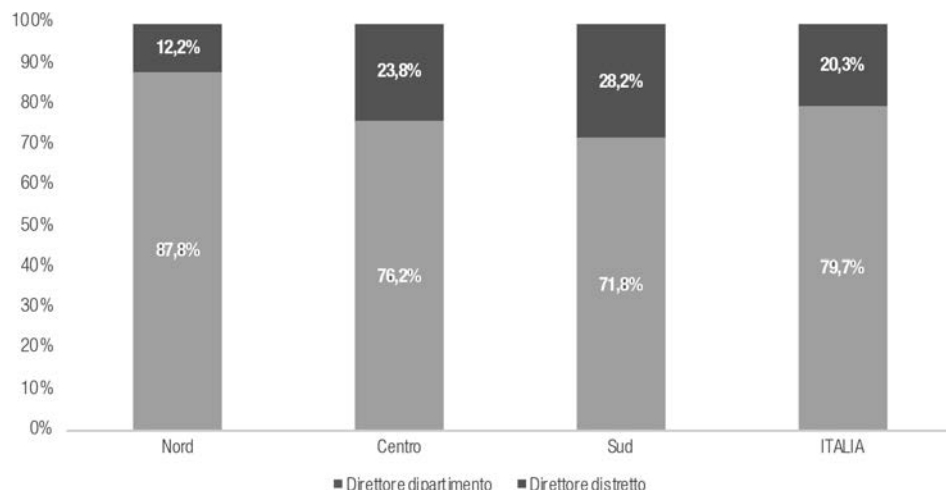
Figura 9.1 I livelli intermedi per azienda per macroarea geografica (N = 1.945)



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

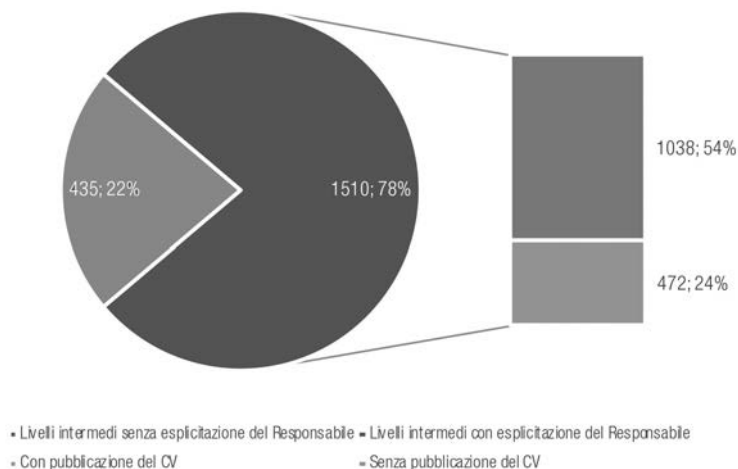
<sup>10</sup> L'assenza di un responsabile delle articolazioni intermedie e, in altri termini, la mancata individuazione di un *middle manager* può essere dovuto alla momentanea vacanza della posizione, alla difficile navigabilità del sito aziendale, alla carenza di informazioni in esso riportato, o ancora alla rinuncia a prevedere l'individuazione di un soggetto *owner* dell'articolazione organizzativa (talvolta esplicitato anche su siti aziendali o atti ufficiali).

Figura 9.2 **La natura dei livelli intermedi considerati (N = 1.945)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.3 **I livelli intermedi inclusi nell'analisi: proporzione di responsabili individuati e presenza di CV su sito aziendale**

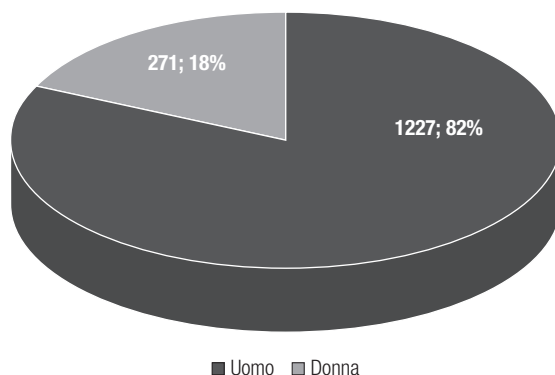


Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

gura 9.4), le cui informazioni possono nella quasi totalità essere desunte senza l'accesso al singolo CV. Partendo proprio da questa dimensione, prevalgono nettamente i *middle manager* di genere maschile (1.227; 82%), a prescindere da altre caratteristiche di contesto. Ad esempio, si consideri che nelle regioni settentrionali la quota di responsabili di articolazione organizzativa intermedia

di genere femminile è pari al 17,8%, a fronte dei 16,3 punti percentuali registrati nel Sud del Paese. Questi dati appaiono coerenti con il modesto tasso di femminilizzazione delle unità operative e delle direzioni strategiche aziendali, approfondito dal capitolo 16 del presente Rapporto.

Figura 9.4 **I middle manager individuati per genere (N = 1.498)**



*Note:* la differenza di 12 unità rispetto alla Figura 9.3 è dovuta alla presenza sul sito istituzionale aziendale del solo cognome della/del responsabile dell'unità organizzativa.

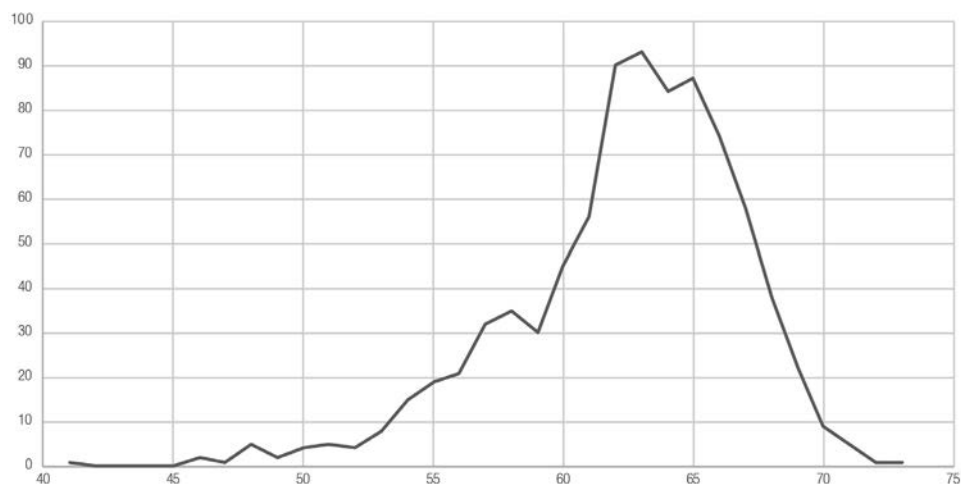
*Fonte:* elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

L'età media dei *middle manager* considerati nell'analisi è elevata e pari a 62 anni e 5 mesi circa (Figura 9.5). Il profilo più giovane ha 41 anni, mentre il più anziano 73. La maggior parte dei responsabili di unità organizzativa si colloca nella fascia 60-65 anni (54% dei profili analizzati): l'elevata concentrazione registrata in tale fascia contribuisce a spiegare le modeste differenze nell'età media osservate nelle quattro diverse dimensioni proposte nella Tabella 9.3 (genere, macroarea geografica, inserimento nei piani di rientro delle regioni di appartenenza, tipologia di azienda considerata). La differenza più marcata riguarda il genere, dal momento che i *middle manager* di genere femminile sono mediamente più giovani: a livello nazionale si osserva una differenza di circa due anni rispetto ai colleghi uomini (60,7 vs 62,7 anni). Al variare delle altre dimensioni, si registrano differenziali ancora meno significativi.<sup>11</sup>

Il *background* formativo di queste figure è nella quasi totalità caratterizzato dall'elemento comune della laurea in «Medicina e Chirurgia» (93% del totale -

<sup>11</sup> Al Sud, il *middle management* è caratterizzato da profili con un'età media di quasi 63 anni, a fronte dei 62 anni dei colleghi delle regioni settentrionali; le regioni in piano di rientro fanno registrare un'età media di 63 anni, a fronte dei circa 62 dei *middle manager* che operano in regioni non sottoposte al regime dei piani di rientro; nelle aziende ospedaliere universitarie e integrate con l'Università l'età media è tendenzialmente più elevata che nelle aziende pubbliche di altra tipologia e pari a circa 63 anni e 10 mesi.

Figura 9.5 **Distribuzione dei middle manager considerati nell'analisi per età (N = 847)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Tabella 9.3 **Età media dei middle manager considerati per genere, macroarea geografica, regime dei Piani di Rientro applicato alla regione, tipologia di azienda**

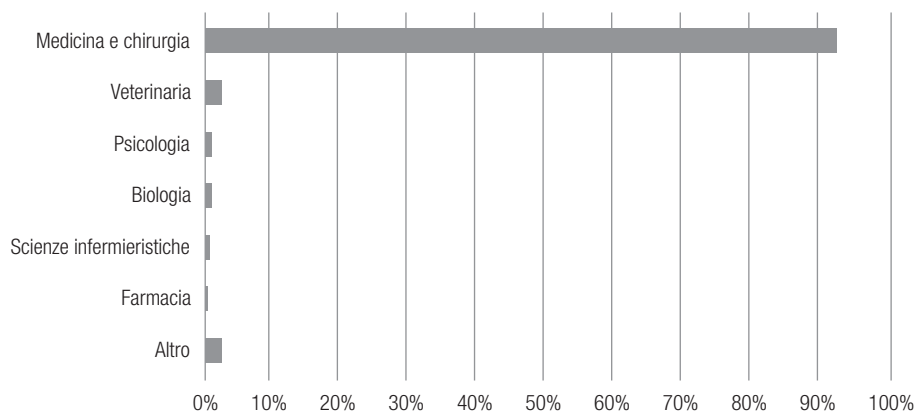
	Età media		Complessiva
	Donne	Uomini	
Nord	60,3	62,3	62,0
Centro	61,1	63,0	62,7
Sud	60,9	63,3	62,9
No PdR	60,3	62,5	62,1
PdR	61,4	63,3	63,0
<i>AO integrate con l'Università</i>	<i>62,3</i>	<i>64,0</i>	<i>63,7</i>
<i>AOU integrate SSN</i>	<i>68,0</i>	<i>63,3</i>	<i>63,8</i>
<i>Azienda ospedaliera (AO)</i>	<i>60,5</i>	<i>62,8</i>	<i>62,6</i>
<i>Azienda territoriale/ATS</i>	<i>60,4</i>	<i>62,5</i>	<i>62,1</i>
<i>Fondazione IRCCS Pubblico</i>		<i>62,7</i>	<i>62,7</i>
<i>IRCCS Pubblico</i>	<i>60,0</i>	<i>61,7</i>	<i>61,5</i>
<b>Italia</b>	<b>60,7</b>	<b>62,7</b>	<b>62,4</b>

Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.6), a cui si accompagna nella maggior parte dei casi osservati un'unica specializzazione (68% – Figura 9.7).

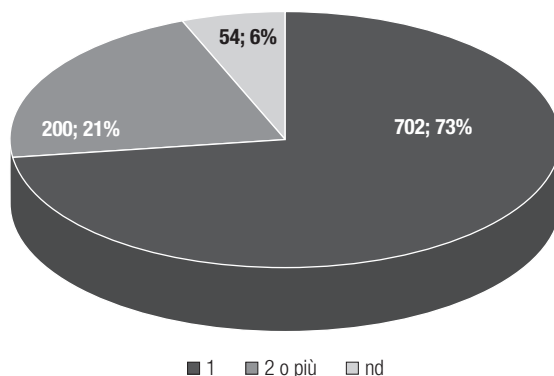
Meno diffuso il fenomeno della doppia o tripla specializzazione (20%) tra i profili analizzati. L'elemento di differenziazione, comprensibile e atteso, è dunque da identificare nella disciplina di specializzazione dei singoli *middle manager*. La Figura 9.8, infatti, mostra come i responsabili dei livelli intermedi delle aziende sanitarie pubbliche italiane vantino specializzazioni in oltre 90 diverse discipline. Si segnala, comunque, come più della metà delle osservazioni possano essere attribuite alle prime 10 discipline, di carattere perlopiù generalista e/o

Figura 9.6 **I middle manager per disciplina di laurea (N = 1.038)**



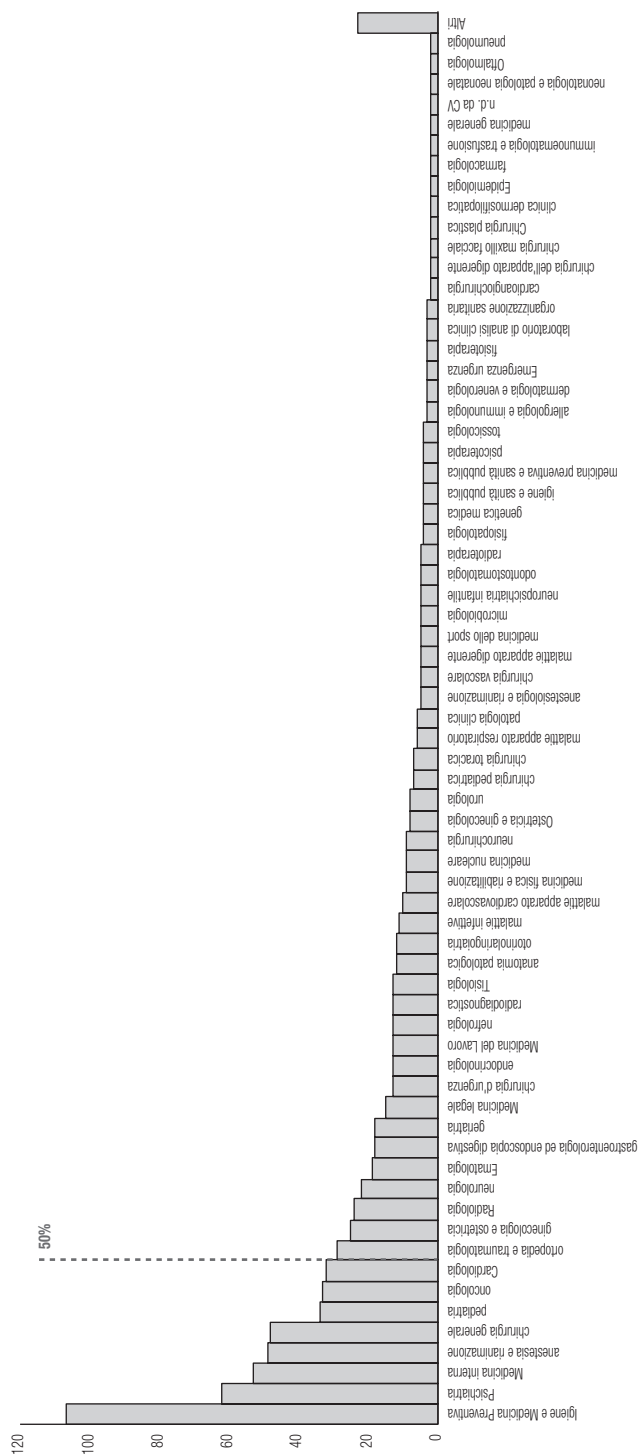
Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.7 **Numero di specializzazioni conseguite dai middle manager laureati in medicina e chirurgia (N = 956)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.8 Le specializzazioni principali dei middle manager, per numerosità (asse sx) e frequenza percentuale cumulata (asse dx) – (N = 911)



Note: le barre rappresentano la numerosità di osservazioni riferite alla disciplina riportata nell'asse orizzontale (ad esempio, la prima disciplina, «Igiene e medicina preventiva», registra un valore di 107 unità; la seconda, «psichiatria», 62 unità).

La linea rappresenta la frequenza percentuale cumulata, ossia la somma delle frequenze percentuali della disciplina corrispondente e di quelle che la precedono (ad esempio, la frequenza percentuale cumulata delle prime due discipline, «Igiene e medicina è preventiva» e «Psichiatria» è pari al 18,5% dei valori della distribuzione, ossia alla somma tra la frequenza percentuale della seconda – 62/911 = 6,8% - e della prima, che precede - 107/911 = 11,7%. Così via aggiungendo le frequenze percentuali delle singole discipline fino al raggiungimento del valore che rappresenta la totalità delle osservazioni, ossia 100%).

La linea tratteggiata rappresenta il punto in cui la frequenza percentuale cumulata appena descritta raggiunge il 50% delle osservazioni.

Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

medico (igiene e medicina preventiva, 11,7%; psichiatria, 6,8%; medicina interna, 5,8%; anestesia e rianimazione, 5,4%; chirurgia generale, 5,3%; pediatria, 3,7%; oncologia, 3,6%; cardiologia, 3,9%; ortopedia, 3,2%; ginecologia, 2,7%). Questi dati sono sicuramente molto influenzati da alcuni vincoli organizzativi; ad esempio, il primato numerico degli igienisti è almeno parzialmente riconducibile alla presenza obbligatoria del dipartimento di prevenzione in tutte le ASL. In altri casi, i numeri discendono dal diffondersi o meno di determinate scelte organizzative: ad esempio, la tendenza a creare un dipartimento per l'Emergenza Urgenza o per le cure palliative e terapie intensive, la cui direzione viene di norma affidata a un anestesista. Tali evidenze, inoltre, forniscono interessanti indicazioni in termini di *policy*: ad esempio, emerge l'importanza di rafforzare la formazione organizzativa delle specializzazioni che più di frequente accedono alla direzione delle articolazioni intermedie; non solo igienisti, ma anche psichiatri, internisti ed anestesisti.

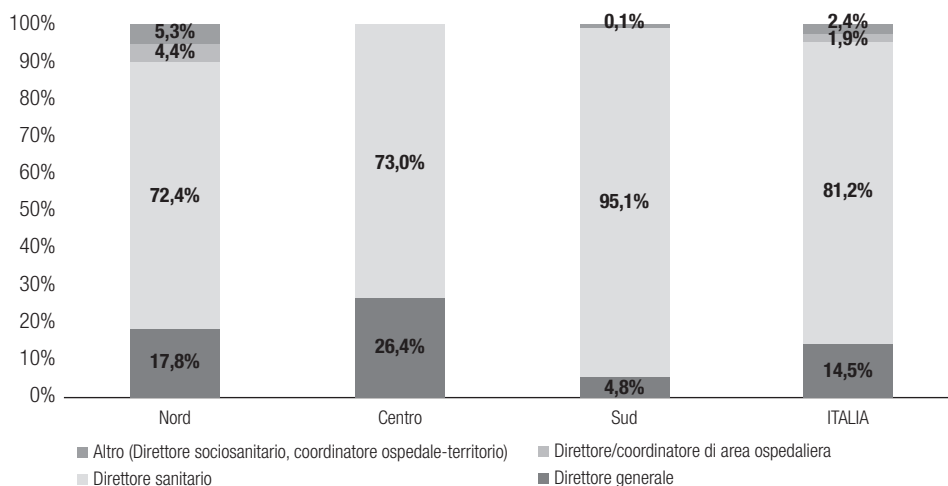
In breve, dunque, il *middle manager* delle unità cliniche censite è uomo, di circa 63 anni, laureato in medicina con una specializzazione (di varia natura, anche se le prime 10 discipline rappresentano il 50% delle osservazioni). Macro-area geografica, presenza di piani di rientro regionali e tipo di azienda non sembrano impattare su questa descrizione.

### 9.3.2 La dimensione organizzativa

Le articolazioni organizzative intermedie di natura clinica riportano, nella stragrande maggioranza dei casi (81,32%) alla direzione sanitaria. Tale fenomeno si osserva maggiormente nelle regioni meridionali del Paese, dove raggiunge il 95% del totale. La direzione generale come afferenza gerarchica diretta è segnalata invece nel 14,5% dei casi (Figura 9.9). Inoltre, al Nord si registra una certa diffusione (9,7% delle afferenze totali) di ulteriori livelli gerarchici tra la direzione strategica e le articolazioni intermedie «classiche» del distretto e del dipartimento (i coordinatori/responsabili dell'area ospedaliera, ma anche i coordinatori dell'integrazione ospedale-territorio), oppure di nuove figure apicali focalizzate sull'ambito socio-sanitario.

Anche nel caso della dimensione organizzativa, se è vero che sono stati appena osservati dei *pattern* di scelte organizzative simili nel Paese, l'elemento di maggiore differenziazione è comprensibilmente rappresentato dal dipartimento: la Figura 9.10 mostra come ne esistano oltre 90 tipologie differenti, esclusi i distretti. Tuttavia, è possibile notare una certa concentrazione nelle prime 6 categorie per numerosità, che da sole rappresentano il 50% delle osservazioni (Chirurgie generali, 10,7%; Emergenza-urgenza, 9,0%; Materno-infantile, 8,5%; Area medica, 6,9%; Igiene e medicina preventiva, 6,7%). Questa concentrazione in sede di sistematizzazione dei dipartimenti in famiglie è tuttavia contraddistinta dall'estrema variabilità nella nomenclatura utilizzata per

Figura 9.9 **L'afferenza gerarchica dei livelli intermedi per macroarea geografica (N = 1.867)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

i dipartimenti che ne fanno parte. A titolo esemplificativo, si consideri l'«Area Medica», che conta 107 osservazioni in Figura 9.10 e 47 indicazioni differenti; o ancora, le «Chirurgie generali», che contano 166 osservazioni a fronte di 56 appellativi differenti, in alcuni casi comprendendo discipline di alta complessità, altre volte limitandosi a includere esclusivamente la media complessità ad alta diffusione.

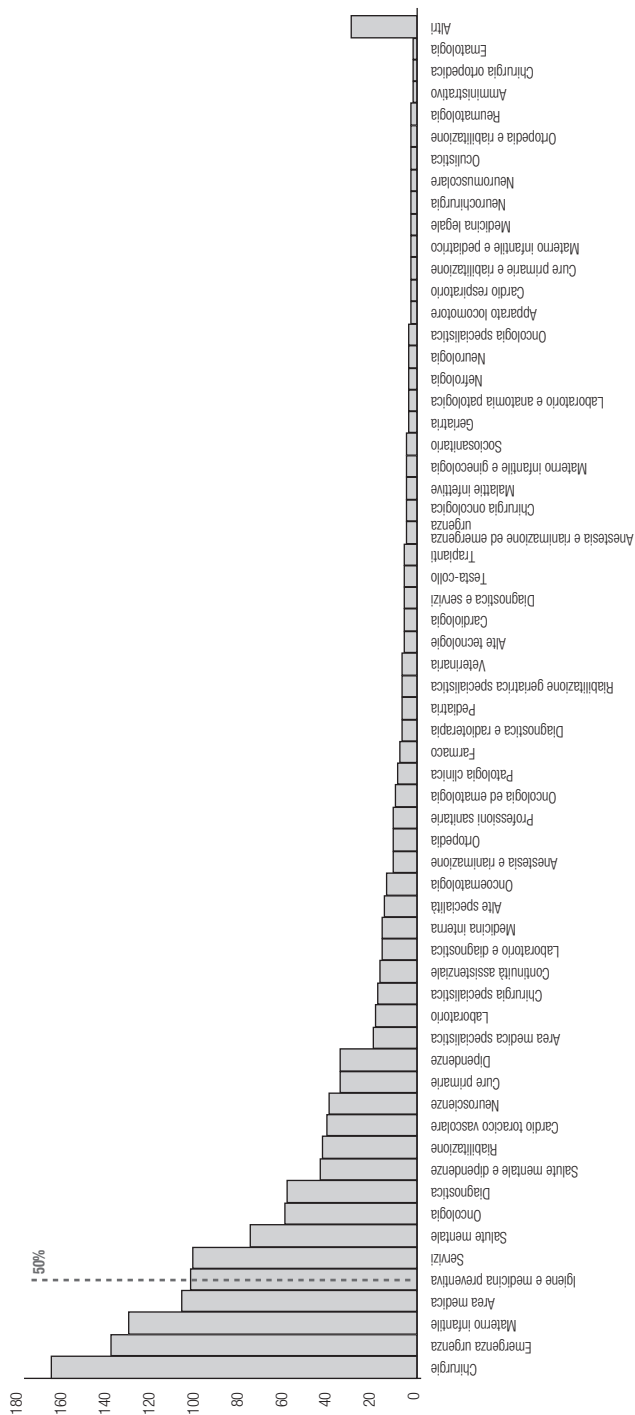
### 9.3.3 La mobilità e la formazione manageriale

La mobilità del *middle manager* e la frequenza a corsi di formazione manageriale possono essere utilizzati per esprimere un'approssimazione del grado di sviluppo dell'attività dei livelli intermedi clinici in ottica gestionale e della possibile varietà della «cassetta degli attrezzi» a loro disposizione.

Anche per via della recente stagione di revisione degli assetti istituzionali, quasi la metà dei *middle manager* ricopre da meno di cinque anni il ruolo nell'attuale azienda in cui operano; circa uno su quattro tra i 5 e i 10 anni e il restante quarto oltre i 10 anni (Figura 9.11). Se si considera simultaneamente come circa il 50% dei *middle manager* è di «nuova» nomina e quanto l'età media di questi profili sia elevata (62,4 anni, cfr. paragrafo 9.3.1), è possibile immaginare che la nomina a *middle manager* possa essere perlopiù associata a esperienza e anzianità del professionista (alla stregua di un «premio alla carriera») o a meccanismi di «rappresentanza delle istanze» del nucleo operativo. Difficile pensare, invece, che si tratti di una tappa verso ruoli apicali a livello aziendale.



**Figura 9.10 La tipologia dei livelli intermedi di natura clinica, per numerosità (asse sx) e frequenza percentuale cumulata (asse dx) – (solo dipartimenti, N = 1.545)**

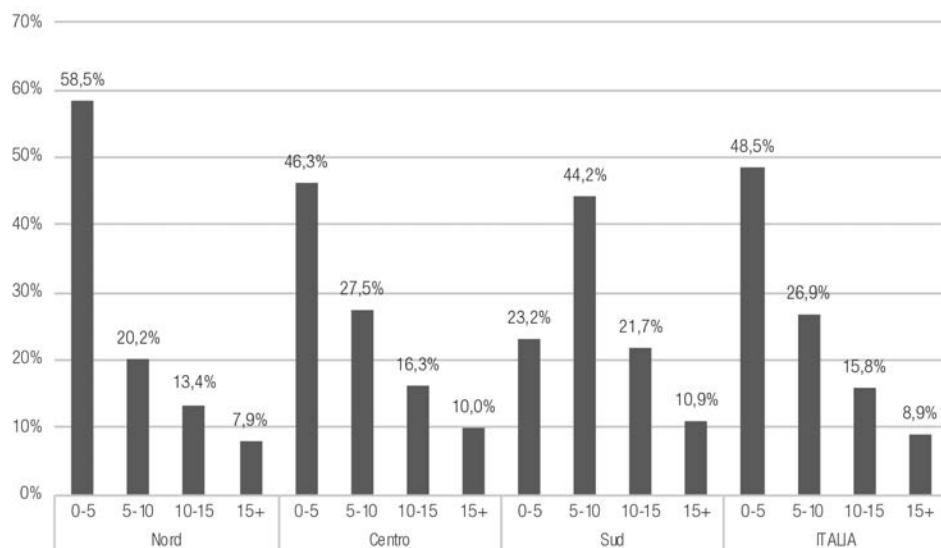


Note: le barre blu rappresentano la numerosità di osservazioni riferite alla tipologia dei livelli intermedi riportata nell'asse orizzontale (ad esempio, la prima tipologia, «Chirurgie», registra un valore di 166 unità; la seconda, «Emergenza urgenza», 139 unità).  
 La linea rossa rappresenta la frequenza percentuale cumulata, ossia la somma delle frequenze percentuali della tipologia di livello intermedio corrispondente e di quelle che la precedono (ad esempio, la frequenza percentuale cumulata delle prime due tipologie, «Chirurgie» ed «Emergenza urgenza» è pari al 19,7% dei valori della distribuzione, ossia alla somma tra la frequenza percentuale della seconda – 139/1.545 = 8,9% - e della prima, che precede - 166/1.545 = 10,7%. Così via aggiungendo le frequenze percentuali delle singole tipologie dei livelli intermedi fino al raggiungimento del valore che rappresenta la totalità delle osservazioni, ossia 100%).  
 La linea tratteggiata rappresenta il punto in cui la frequenza percentuale cumulata appena descritta raggiunge il 50% delle osservazioni

Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Un altro dato da sottolineare è che al Sud oltre i tre quarti dei middle manager è in carica da più di 5 anni (Figura 9.11): ciò suggerisce uno scarso dinamismo di tali articolazioni intermedie.

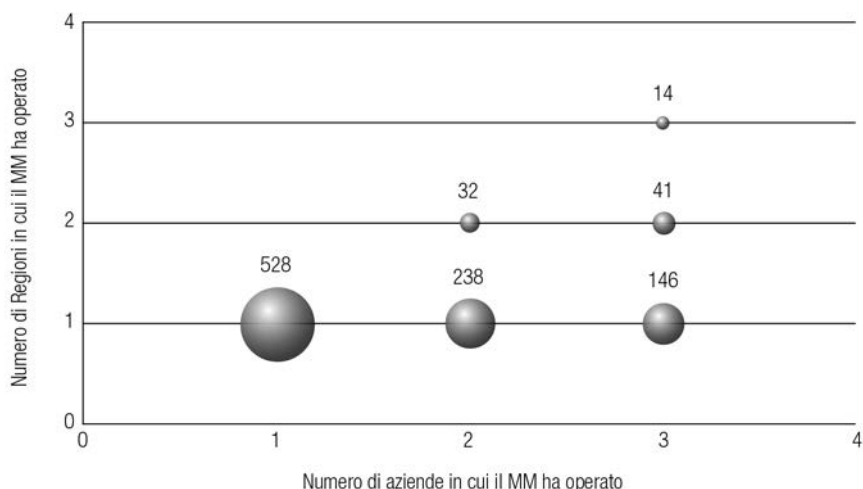
Figura 9.11 **La permanenza nel ruolo dei middle manager: anni trascorsi dal conferimento dell'incarico per fasce e macroarea geografica (N = 584)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

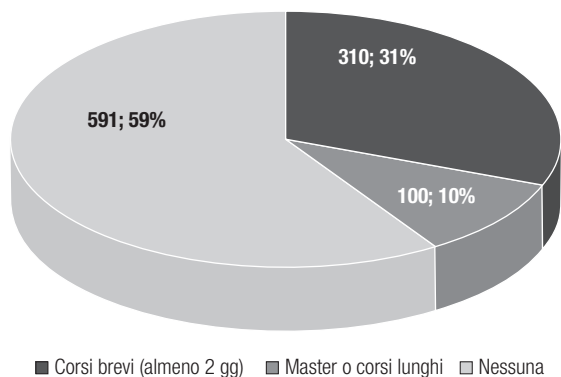
Questa chiave interpretativa è, almeno in parte, rafforzata dall'analisi della mobilità dei *middle manager* nel corso della loro carriera (Figura 9.12) e dal grado di partecipazione a percorsi formativi *executive* in ambito manageriale (Figura 9.13). La prima dimensione, evocativa della varietà di contesti e organizzazioni con cui il *middle manager* ha avuto modo di confrontarsi, appare polarizzata: oltre la metà dei profili (528; 52,8%) ha operato sempre nella medesima azienda nel corso della propria carriera; più in generale, la quasi totalità (912; 91,3%) ha operato nel medesimo contesto regionale, cambiando due (238; 23,8% del totale, perlopiù al Nord) o più aziende (146; 14,6%, perlopiù al Nord); solo una quota minoritaria (87; 8,7%) può vantare esperienze in più contesti istituzionali regionali. La seconda dimensione, *proxy* del grado di aggiornamento e consapevolezza del nuovo ruolo assegnato in chiave manageriale e degli strumenti a disposizione per l'acquisizione di un buon livello di efficacia gestionale, è meno polarizzata, sebbene inequivocabile nella sua lettura: soltanto il 10% dei *middle manager* (100 unità) ha frequentato corsi lunghi o master di management aziendale; poco più del 30% (310; 31%) ha deciso di frequentare corsi brevi, mentre la maggior parte dei profili analizzati non vanta

Figura 9.12 **La mobilità dei middle manager tra aziende (asse verticale) e regioni (asse orizzontale) – (N = 999)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.13 **La formazione manageriale dei middle manager (N = 1.001)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

nessuna esperienza di formazione manageriale non obbligatoria al proprio attivo (591; 59%).

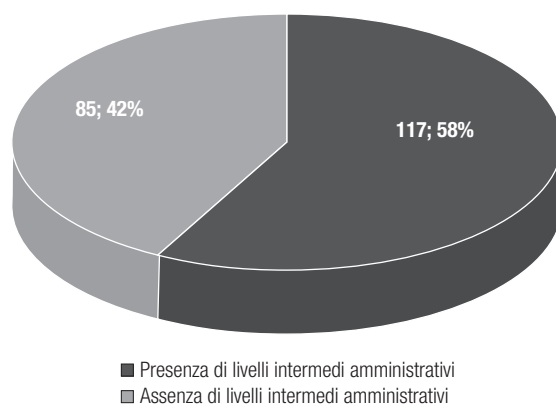
In breve, più della metà dei *middle manager* di natura clinica ricopre da oltre cinque anni il ruolo nell’attuale azienda; si osserva in maniera generalizzata, inoltre, come essi abbiano ricoperto il ruolo di *middle manager* in una sola regione e in una sola azienda, con una modesta propensione a frequentare corsi strutturati di formazione manageriale (al netto della formazione minima obbligatoria prevista per legge).

### 9.3.4 La componente tecnico-amministrativa

Lo studio del *middle management* di natura tecnico-amministrativa restituisce delle evidenze diverse rispetto a quanto appena osservato per la componente clinica (cfr. paragrafi 9.3.1, 9.3.2 e 9.3.3), per via della differente tipologia di attività chiamata a svolgere e, almeno in teoria, di una maggiore propensione nel corso degli anni a inquadrare i processi tecnico-amministrativi in spazi manageriali più o meno ampi.

In primo luogo, mentre i livelli intermedi di natura clinica sono diffusi in praticamente ciascuna delle aziende erogatrici pubbliche di servizi sanitari, la Figura 9.14 mostra come tale livello organizzativo intermedio per la componente tecnico-amministrativa sia stata formalizzata in poco più della metà delle aziende (117; 58%), mentre nei restanti casi (85; 42%) si tenda ad abbracciare il tradizionale riporto diretto alla direzione amministrativa da parte di unità operative semplici o complesse collocate in staff o in line, che aumenta la possibilità di osservare strutture organizzative piatte e internamente frammentate.

Figura 9.14 **Presenza o assenza di livelli intermedi di natura tecnico-amministrativa nelle aziende sanitarie pubbliche italiane (N = 202)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Le aziende in cui si registra la presenza di livelli intermedi di natura tecnico-amministrativa danno origine a un totale di 203 contenitori organizzativi interposti tra l'apice dell'organizzazione e la componente operativa (Tabella 9.4). Di questi, quasi la metà (90, 44%) non registrano l'individuazione di una figura responsabile, caratterizzando il disegno aziendale con un contenitore organizzativo formale che si sostanzia nella tradizionale struttura organizzativa in cui il livello intermedio è assente. In questi casi, infatti, non esistono meccanismi di responsabilizzazione diretta del livello intermedio, nei fatti non modificando l'assetto classico di riporto diretto alla direzione amministrativa da parte delle

unità operative coinvolte. Una quota maggioritaria dei livelli intermedi (113, 56%) prevede, invece, l'individuazione di veri e propri *middle manager*, diversi dalla figura del direttore amministrativo. È invece prevista la responsabilizzazione diretta del direttore amministrativo in quanto capo di dipartimento in soli due casi. Non sorprende che l'afferenza gerarchica diretta dell'80% (90) di questi livelli intermedi sia rappresentata proprio dal direttore amministrativo (dato non riportato in Tabella). Colpisce, invece, come a livello complessivo non vari il numero medio di unità organizzative di livello inferiore di questi livelli intermedi (sempre pari a 7,5 - Tabella 9.4) a prescindere dall'individuazione o meno di un *middle manager* responsabile, suggerendo che la loro eventuale nomina non dipende dal numero di unità operative da supervisionare. Tale dimensione di analisi sembra invece subire delle differenziazioni per tipologia di azienda: fatta eccezione per le aziende territoriali/ATS, si registra costantemente un numero maggiore di unità organizzative di livello inferiore dove non è assegnata una precisa forma di responsabilizzazione al livello intermedio.

Tabella 9.4 **Coincidenza della responsabilità organizzativa con la direzione amministrativa e numero medio di unità organizzative di livello inferiore**

	Direttore Dipartimento coincide con DA	Direttore Dipartimento diverso da DA	Totale livelli intermedi
Numero livelli intermedi	90	113	203
% livelli intermedi	44%	56%	100%
Numero medio di unità organizzative a livello inferiore	7,5	7,5	7,5
<i>AO integrate con l'Università</i>	5,1	5,0	5,0
<i>AO integrate SSN (ex Policlinici Universitari Pubblici)</i>	12,0	5,5	7,7
<i>Azienda Ospedaliera (AO)</i>	8,3	5,3	6,8
<i>Azienda territoriale/ATS</i>	7,7	8,6	8,3
<i>Fondazione IRCCS Pubblico</i>	–	5,8	5,8
<i>IRCCS Pubblico</i>	8,0	6,0	7,0

Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

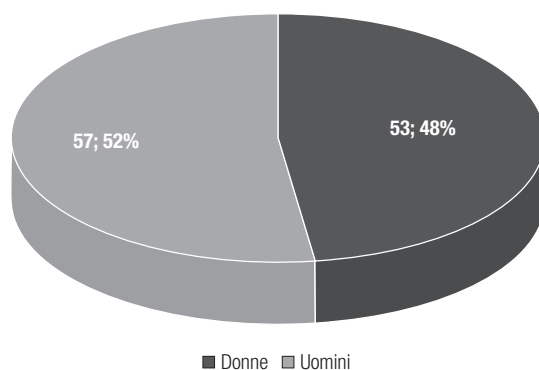
Alcune caratteristiche dei profili responsabili di questi livelli intermedi vengono presentati nelle rappresentazioni che seguono. Si segnala che i risultati sono frutto dell'analisi dei *curriculum vitae* disponibili dai siti aziendali istituzionali, disponibili per l'80% (90 casi) dei 113 livelli intermedi dove è stato individuato un responsabile.

A differenza di quanto osservato nei paragrafi precedenti, la parte tecnico-amministrativa del *middle management* aziendale è composta quasi nella stessa misura da profili di genere maschile (57; 52%) e femminile (53; 48% - Figura 9.15) e l'età media è più contenuta e pari a circa 57 anni (Tabella 9.5). Le *middle*

*manager* sono più giovani di circa un anno rispetto ai colleghi di genere maschile. Al Sud, si registra un'età superiore di circa due anni rispetto alla media nazionale (59,3 vs 56,9), mentre il Centro si caratterizza per un *middle management* più giovane di circa due anni e mezzo rispetto al resto del Paese (54,4 anni). Guardando al tipo di azienda, le universitarie e gli IRCCS presentano *middle manager* significativamente meno giovani della media nazionale e oltre i 62 anni di età.

Dall'analisi emerge altresì come le principali discipline di laurea che caratterizzano il profilo dei *middle manager* di natura tecnico-amministrativa sono rap-

Figura 9.15 **I middle manager di natura tecnico-amministrativa per genere (N = 110)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

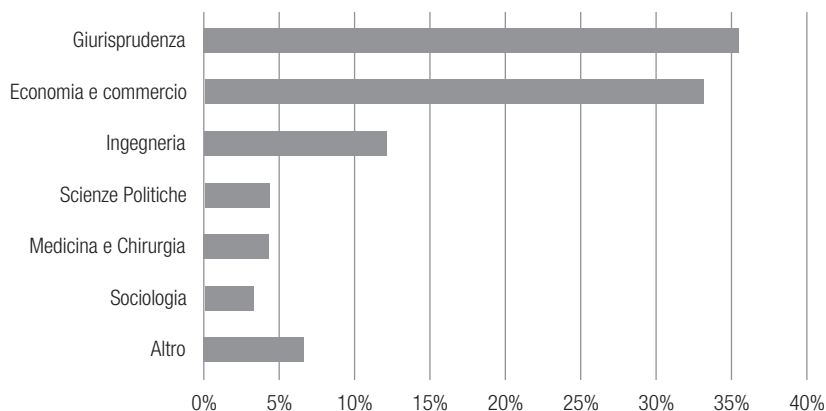
Tabella 9.5 **Età media dei middle manager amministrativi per genere, macroarea geografica, regime dei Piani di Rientro applicato alla regione, tipologia di azienda**

	Età media		
	Donne	Uomini	Complessiva
Nord	56,3	57,9	57,2
Centro	55,1	53,9	54,4
Sud	57,7	60,7	59,3
No Pdr	56,3	56,4	56,4
Pdr	56,3	60,0	58,2
AO integrate con l'Università	–	65,0	65,0
AO integrate SSN	62,0	–	62,0
Azienda Ospedaliera (AO)	55,5	56,3	55,9
Azienda territoriale/ATS	55,9	57,4	56,8
Fondazione IRCCS Pubblico	58,0	43,0	50,5
IRCCS Pubblico	59,0	65,5	62,3
<b>Italia</b>	<b>56,3</b>	<b>57,4</b>	<b>56,9</b>

Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

presentate da giurisprudenza (35,6%), economia e commercio (33,3%) e ingegneria (12,2%), che insieme restituiscono l'81% delle osservazioni (Figura 9.16). Decisamente meno diffusi i titoli di laurea in scienze politiche, medicina e chirurgia e sociologia (rispettivamente 4,4% nei primi due casi e 3,3% nel terzo).

Figura 9.16 **I middle manager di natura tecnico-amministrativa per disciplina di laurea (N = 90)**

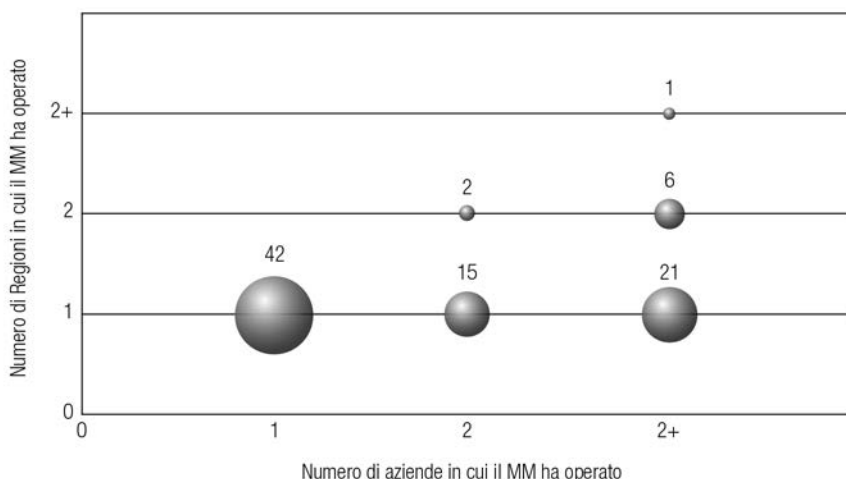


Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Infine, dalla Figura 9.17 è possibile osservare come anche nel caso della componente tecnico-amministrativa, vi sia una generale tendenza ad attribuire la responsabilità dei livelli intermedi a profili che hanno costruito la propria carriera all'interno dell'azienda (42 casi, 48,3%) o, più in generale, del contesto regionale di appartenenza (78; 89,7%). La mobilità interregionale, infatti, riguarda soltanto una quota minoritaria dei profili analizzati (9; 10,3%). Decisamente meno simile a quanto osservato per la componente clinica, invece, la Figura 9.18 mostra come più della metà dei *middle manager* di natura tecnico-amministrativa (47; 53%) abbia frequentato nel corso della propria carriera un master o un corso di perfezionamento lungo su tematiche manageriali, alternativamente in Università della regione di appartenenza o fuori regione. Si segnala, tuttavia, come esista una quota comunque rilevante di profili (18; 21%) senza alcuna partecipazione a corsi di formazione manageriale della durata di almeno due giorni. Si tratta di un punto di attenzione rilevante, considerando che tale misura può essere espressione di insufficiente aggiornamento e debole consapevolezza del ruolo in chiave manageriale e di incomprendimento della necessità di disporre di maggiori strumenti gestionali in aziende crescentemente più ampie e complesse.

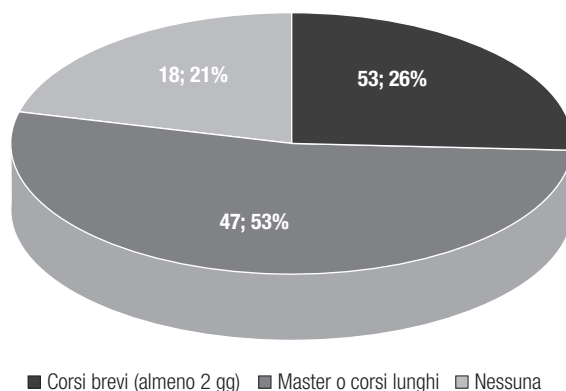
In sintesi, dunque, a differenza di quanto osservato nell'analisi dei livelli intermedi clinici, quelli di natura tecnico-amministrativa sono stati formalizzati

Figura 9.17 **La mobilità dei middle manager di natura tecnico-amministrativa tra aziende (asse verticale) e regioni (asse orizzontale) – (N = 87)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

Figura 9.18 **La formazione manageriale dei middle manager di natura tecnico-amministrativa (N = 88)**



Fonte: elaborazioni degli autori su dati raccolti da siti aziendali (2019)

in poco più della metà delle aziende e solo in una quota di poco superiore alla metà è stata prevista l'individuazione di *middle manager* diversi dalla figura del direttore amministrativo. Tale categoria è composta quasi nella stessa misura da profili di genere maschile e femminile, con un'età media di circa 57 anni (sebbene nelle regioni meridionali sia maggiore di circa due anni rispetto alla media nazionale). Anche in questo caso, la carriera dei *middle manager* si è evoluta all'interno di una stessa azienda o, al massimo, del contesto regionale di ap-



partenenza. Diversa, invece, la propensione alla frequenza di corsi manageriali rispetto ai pari livello di natura clinica: l'80% circa ha frequentato un master o un corso di perfezionamento lungo.

#### **9.4 Evidenze dai casi aziendali: quale ruolo esercita il direttore di dipartimento?**

Il presente paragrafo si concentra sulla figura del direttore di dipartimento: come riportato nel precedente paragrafo, i direttori di dipartimento rappresentano la maggiore componente dei *middle manager* del SSN (80% del totale). Il paragrafo sintetizza le evidenze dei casi investigati sulla base di tre blocchi logici: il ruolo del capo di dipartimento nella gestione dei meccanismi operativi di programmazione e controllo; lo spazio e la postura di questa categoria di *middle management* nei processi tipici di gestione del personale e l'adozione di azioni di delega organizzativa interna al dipartimento; l'eventuale strutturazione di meccanismi di coordinamento delle attività tra dipartimenti e all'interno del dipartimento. Nella presentazione delle evidenze verranno riportate citazioni raccolte nel corso delle interviste: le citazioni non saranno riferite alle singole realtà aziendali e verranno attribuite anonimamente alle due categorie di soggetti intervistati:

- ▶ «direttore di dipartimento»;
- ▶ «esponente della struttura manageriale aziendale» qualora l'affermazione sia riconducibile alla direzione aziendale, al controller o al responsabile delle risorse umane.

##### **9.4.1 Sistema di gestione dello spazio di delega organizzativa (ciclo di budget)**

Nelle due aziende analizzate il sistema di budget presenta caratteristiche piuttosto differenti.

L'ASST Sette Laghi avvia il suo processo di budget a novembre. Con riferimento all'esercizio in corso, stante il cambio di direzione strategica aziendale, avvenuto tra gennaio e febbraio 2019, il processo è entrato nel vivo a febbraio e ha previsto incontri di negoziazione solo con i dipartimenti alla presenza di tutti i direttori delle strutture organizzative che confluiscono nel dipartimento stesso. In generale, la negoziazione è preceduta da un documento di programmazione di sintesi degli obiettivi complessivi accompagnato dall'invio delle schede di budget in bozza. Il processo assume tipicamente una logica top-down, che prevede comunque uno spazio di confronto su situazioni di criticità legate alle risorse in dotazione. Alla riunione di negoziazione partecipano i 4 direttori

(DG, DA, DS e DSS), gli uffici controllo di gestione e qualità, la direzione assistenziale e delle professioni, le direzioni mediche di presidio. Nel corso della riunione vengono presentate tutte le richieste di variazione e, al termine della negoziazione, la scheda modificata per ulteriore discussione e condivisione tra capo dipartimento e collaboratori (è richiesto il verbale). Le schede sono sottoscritte da direttore generale e direttore di unità operativa (non esiste, pertanto, una responsabilizzazione complessiva del dipartimento). Intorno al mese di luglio si effettua una verifica semestrale su cui si chiedono valutazioni e controdeduzioni. Qualora emergano aspetti critici, previa discussione con la direzione strategica aziendale, si provvede alla revisione.

L'AUSL di Reggio Emilia avvia il ciclo del budget con le linee guida al budget (che hanno validità biennale e scorrevole). Il documento si traduce nella scheda budget che trasforma le priorità strategiche in obiettivi operativi e indicatori di performance. Il dipartimento ha formalmente un ruolo di coordinamento del processo e il livello di responsabilizzazione è quella di unità operativa. I direttori di dipartimento iniziano ad essere coinvolti quando ricevono le linee guida e la scheda di budget. Possono valutare e integrare gli obiettivi, gli indicatori e il peso nell'arco di un mese. Nella scheda di budget che viene inviata prima della negoziazione è inserita una sezione nella quale si possono proporre obiettivi/indicatori. La negoziazione del budget avviene in presenza della direzione strategica aziendale, del capo di dipartimento e di tutte le unità che afferiscono al dipartimento. Nella fase di pianificazione biennale i dipartimenti possono proporre dei progetti (nell'ultima edizione sono stati presentati 230 progetti) che vengono discussi ed eventualmente adottati dalla direzione aziendale. Analogamente possono chiedere di effettuare investimenti e segnalare il piano di fabbisogno del personale. Generalmente non si produce un *revised budget*, ma qualora sopraggiungano condizioni che rendono difficilmente raggiungibile qualche obiettivo, il direttore di dipartimento lo segnala al controllo di gestione in maniera tale da preparare un dossier per facilitare l'analisi degli scostamenti.

Se la struttura e il processo di budget delle due aziende sono differenti, medesimo è lo schema logico adottato per osservare i direttori di dipartimento in termini di:

- ▶ capacità di cogliere il funzionamento del processo;
- ▶ comprensione del proprio ruolo rispetto ai sistemi di responsabilizzazione organizzativa;
- ▶ postura manageriale.

Trattandosi di un'analisi di casi, verranno sintetizzate in maniera qualitativa le principali evidenze emerse.

In linea di massima, solo in un due-tre interviste i *middle manager* (MM) di entrambe le aziende hanno mostrato un'idea chiara di come funzioni il processo

di budget. L'elemento di confusione più frequente è legato alla comprensione dello spazio negoziale disponibile sia *ex ante* (vale a dire in fase di definizione di obiettivi e indicatori) sia in itinere (rispetto alla possibilità o meno di negoziare un *revised budget*). Le aziende interpretano questi livelli di incertezza in maniera non sempre univoca. Se da un lato la questione può essere interpretata come assenza di interesse e cultura manageriale (*"Mancano competenza e interesse rispetto ad obiettivi da parte dei clinici"*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*), dall'altro la lettura potrebbe essere più legata alla postura dei MM (*"Ci sono capi dipartimento che prendono in mano il dipartimento, ma ce ne sono di più che vivono il dipartimento come inutile complicanza organizzativa"*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*) o alla capacità di far coesistere il ruolo clinico e quello manageriale (*"I direttori di dipartimento territoriali sembrano più pronti dal punto di vista gestionale forse perché sono meno coinvolti sulla parte clinica"*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*). Analogamente, gli spazi di azione con riferimento alla preparazione della fase negoziale, vale a dire la predisposizione di report capaci di focalizzare nel dettaglio il contributo fornito dalla singola area di responsabilità alle performance conseguite nell'esercizio precedente a quello in corso e/o le condizioni operative in grado di orientare le performance future sono tendenzialmente tutti in capo al controllo di gestione, che è *owner* assoluto del processo in entrambe le aziende: alquanto rari sono, infatti, i casi di richieste di analisi ad hoc avanzate dai MM. Una maggiore proattività, tuttavia, si rileva nel caso dell'azienda emiliano-romagnola: per natura stessa del processo di budget implementato, i MM e i responsabili di articolazione organizzativa di primo livello, infatti, fanno pervenire, seppure con livelli di autonomia gestionale differenti, proposte di obiettivi e indicatori legati a progetti di interesse dei dipartimenti. Il ruolo del MM è, tuttavia, anche in questo caso, non sempre dirimente, talvolta per la natura stessa del MM, che costituisce una sorta di *primus inter pares* (*"Come capo di dipartimento si fatica a entrare nei "primariati"*, *Direttore di Dipartimento*). Una volta definiti gli obiettivi e gli indicatori di budget, il processo, tuttavia, non diventa necessariamente più chiaro agli occhi dei MM. In questo caso l'elemento di confusione più diffuso riguarda la frequenza e il contenuto della reportistica, nonché la possibilità di rinegoziare obiettivi e indicatori non più perseguibili.

In termini di comprensione del proprio ruolo rispetto ai sistemi di responsabilizzazione organizzativa, le interviste effettuate hanno restituito un quadro piuttosto eterogeneo (*"Cosa vuol dire essere il direttore di dipartimento? Coordinare, gestire, comandare"*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*). La questione diventa piuttosto visibile se si considerano le risposte alla domanda volta a indagare la frequenza con la quale le tematiche relative alla responsabilizzazione sono oggetto di confronto interno al dipartimento: si va dal mai, al 20% delle riunioni, alle 2 volte l'anno, al sempre. Analogamente, soprattutto con riferimento al caso di Reggio Emilia, sulla possibilità di proporre obiettivi e indicatori

in autonomia si va da risposte che raccontano di decisioni prese collegialmente all'interno del dipartimento (*“non mia, ma nostra”, Direttore di Dipartimento*) a casi di quasi assoluta assenza di coordinamento (*“in fondo come posso io conoscere le specificità delle singole unità organizzative. Meglio che ognuno faccia per sé”, Direttore di Dipartimento*). In un solo caso, nel corso dell'intervista, il MM ha avocato a sé un ruolo di comando o di qualsivoglia superiorità gerarchica con riferimento ai processi di responsabilizzazione organizzativa (*“in fondo la responsabilità ultima è mia e, per quanto i miei sottoposti mi riconoscano nel ruolo, so che, se potessero, prenderebbero il mio posto”, Direttore di Dipartimento*).

Relativamente all'ultimo punto, quello della postura manageriale adottata, nel corso delle interviste i MM hanno esposto tutti i possibili e diversi livelli di *engagement* rispetto al tema della responsabilizzazione organizzativa. Indipendentemente, infatti, dal livello di conoscenza delle tecniche e dei processi del budget, si va dall'assoluta assenza di postura manageriale (*“cosa vuole che mi interessi del budget. Lo seguo perché devo, ma onestamente la mia priorità sono i pazienti”, Direttore di Dipartimento*) a pochissimi casi di fiducia nelle logiche di responsabilizzazione organizzativa (*“guardi, i DG cambiano e possono credere o non credere nello strumento: io lo uso da più di vent'anni, mi faccio da solo le analisi, mi costruisco degli indicatori ad hoc, faccio le pre-chiusure e le discuto con i miei sistematicamente. Se non facessi così non potrei governare fenomeni così complessi”, Direttore di Dipartimento*), passando per tutti i livelli intermedi, compresa la delega a un collega del dipartimento (*“è un rito, ma non mi dispiace farne parte”, Direttore di Dipartimento*; *“non posso dire che la cosa mi entusiasmi, ma ne apprezzo l'utilità”, Direttore di Dipartimento*; *“È un ambito importante, ma non me ne occupo direttamente io: delego le interlocuzioni con il controllo di gestione e tutto il lavoro analitico sugli scostamenti a una collega che ha competenze e interesse professionale per il management sanitario”, Direttore di Dipartimento*).

Rimane, a monte, una riflessione più ampia, che lascia in carico alle direzioni aziendali la definizione chiara del ruolo che ci si aspetta che i MM ricoprano con riferimento ai processi di responsabilizzazione del ciclo di budget. Riflessione resa ardua dal fatto che l'incarico di MM, una volta conseguito, difficilmente viene revocato e, *“in assenza di risorse per formare adeguatamente le persone, dobbiamo usare il materiale umano che abbiamo a disposizione e accettare il fatto che alcuni capi di dipartimento di manageriale hanno molto poco”, Esponente della struttura manageriale aziendale*.

#### 9.4.2 Sistema di gestione del personale

La creazione di grandi aziende richiede, necessariamente, la presenza di più di un livello di gestione delle risorse umane, dal momento che risulterebbe alquanto problematico governare centralmente diverse migliaia di individui, se non con logiche esclusivamente amministrative. Il presente paragrafo intende

approfondire se e in che misura i MM siano coinvolti nel governo del personale e come esercitino questa prerogativa. Con riferimento alla tematica oggetto del presente paragrafo, ogni intervista si è aperta con una domanda volta ad indagare quante fossero le persone inserite nel dipartimento di turno. In un caso su tre, i MM non hanno saputo dare una risposta a questa domanda: i restanti MM si dividono pressoché equamente tra quanti conoscono “circa” il numero di persone afferenti al dipartimento e quanti conoscono esattamente il numero di collaboratori, suddivisi per categoria professionale.

Le interviste hanno poi cercato d’indagare il ruolo previsto e agito dai MM in termini di:

- ▶ definizione del fabbisogno di personale delle unità operative afferenti al dipartimento. Almeno una parte di tale personale potrebbe essere impiegato in attività trasversali alle singole unità operative (es. attività di sala operatoria) e dunque, forme di responsabilizzazione del direttore di dipartimento sembrerebbero ragionevoli;
- ▶ valutazione del personale;
- ▶ intervento sui fabbisogni formativi del personale.

Con riferimento alla definizione dei fabbisogni di personale, i MM non paiono avere particolare voce in capitolo. Il tema è saldamente in mano alla direzione strategica aziendale e l’unico spazio lasciato al MM è quello relativo all’eventuale segnalazione di necessità particolari, che vengono esplicitate, in circa la metà dei casi, a mix e volumi di attività invariati e, nella rimanente parte, a mix e volumi di attività tendenziali, mentre molto più rara è, in entrambe le aziende, una valutazione dei fabbisogni fatta sulla base di ipotesi di riorganizzazione dei processi interni. Nell’AUSL di Reggio Emilia il tema del fabbisogno di personale diventa oggetto di negoziazione di budget, mentre nell’ASST Sette Laghi in genere il tema trova spazi di riflessione autonomi (ma non slegati) rispetto al budget. Apertamente sollecitati sul tema, un MM su due ha dichiarato di delegare il compito di definire eventuali necessità future ai singoli direttori delle strutture afferenti il dipartimento (“*come posso sapere che fabbisogno ha ogni struttura? Io mi occupo delle necessità della mia unità e gli altri direttori faranno la stessa cosa per la loro*”, *Direttore di Dipartimento*), avocando a sé, eventualmente, un ruolo di coerenza rispetto al quadro complessivo del dipartimento stesso.

Più complesso è, invece, il caso della valutazione individuale. In termini di funzionamento le due aziende presentano caratteristiche significativamente differenti: nell’ASST Sette Laghi i MM valutano la performance individuale dei responsabili di CdR che afferiscono al dipartimento, mentre presso l’AUSL di Reggio Emilia, i MM non valutano i responsabili di UO (“*Come capo di dipartimento non valuto nessuno*”, *Direttore di Dipartimento*), ma solo i dirigenti

della propria unità operativa, sebbene, ai sensi della delibera 5/2017 dell'OIV regionale, il processo a regime dovrebbe allinearsi a quanto previsto nell'ASST Sette Laghi. A Varese la scheda di valutazione individuale è definita sulla base delle diverse categorie di personale (A e B, C, D, PO, dirigenti, direttori di UO); analoga la situazione a Reggio Emilia, dove però il tema della valutazione individuale è ancora in corso di sviluppo. In entrambi i casi gli indicatori sono pressoché identici per categoria professionale, al netto di poche variazioni, alle quali viene dedicato in genere poco tempo in fase di definizione. Analogamente, i MM riferiscono di dedicare in generale pochissimo tempo alla presentazione e discussione preliminare della scheda di valutazione individuale. Particolarmente diffusa appare, tra i soggetti intervistati, la tendenza a ricorrere a processi di autovalutazione da parte dei valutati, destinati a non produrre un confronto tra valutato e valutatore, al netto di situazioni in cui si registrino gravi scostamenti. Sebbene una parte di MM dichiari di ricorrere a momenti di discussione *face to face* delle performance individuali conseguite, questi momenti sono vissuti con sofferenza dai valutatori dal momento che *“si tratta di una fase complessa perché è difficile avere la possibilità di valutare un collega”* (Direttore di Dipartimento) e *“pone gli apicali in una situazione difficile”* (Direttore di Dipartimento).

Infine, in termini di definizione dei fabbisogni formativi, nell'ASST Sette Laghi le richieste formative partono dalle unità operative, con il MM che assume una funzione di raccolta e raccordo con la direzione. Nell'AUSL di Reggio Emilia, invece, il processo appare più articolato: generalmente, agli inizi di ottobre, l'Ufficio del Personale propone un catalogo di formazione aziendale con numerosi (tra obbligatori e non) eventi formativi proposti a livello aziendale. Ai MM viene comunicato il budget per finanziare la partecipazione o organizzare la formazione interna e contemporaneamente viene inviato il report della valutazione degli individui per orientare la formazione. Alla luce di queste due informazioni gli MM predispongono le proposte di partecipazione ai corsi di formazione del dipartimento. I MM possono anche fare delle proposte dal basso, coinvolgendo i responsabili di CdR, preferibilmente su tematiche trasversali all'azienda (ad esempio, in ambito farmaceutico destinato a tutta l'azienda). Nel mese di novembre vengono costruite e raccolte le proposte formative, che vengono discusse a dicembre per produrre, entro il 31.12, il catalogo aziendale integrato con le proposte dipartimentali con oltre 600 eventi formativi attivi. Intervistati sulla formazione manageriale, i MM hanno dichiarato di non promuoverla abitualmente come strumento privilegiato per tre ordini di motivi: (i) *“perché tanto i miei si sentono autonomamente stimolati sul tema”* (Direttore di Dipartimento) in un numero piuttosto limitato di casi; (ii) *“perché non ci credo, non la ritengo utile”* (Direttore di Dipartimento) in un numero un po' più ampio di interviste o (iii) *“perché già non abbiamo i soldi per fare la formazione tecnica, figurarsi quella manageriale”* (Direttore di Dipartimento) nella maggioranza delle situazioni.

### 9.4.3 Sistema di coordinamento delle attività

L'ultima sezione dell'intervista ha inteso indagare la presenza o meno di un sistema di coordinamento delle attività interno al dipartimento e tra dipartimento e direzione delle professioni sanitarie e direzione strategica aziendale.

Nello specifico, con riferimento al coordinamento intra-dipartimentale sono state approfondite le tematiche relative a:

- ▶ creazione di progetti ad hoc trasversali al dipartimento e livello di delega prevista per gli stessi;
- ▶ frequenza e caratteristiche degli incontri di dipartimento.

In generale, più della metà dei MM hanno dichiarato di ricorrere alla creazione di progetti ad hoc trasversali al dipartimento su cui vengono definite esplicitamente deleghe di responsabilità. Le aree oggetto di delega possono avere un contenuto tecnico-professionale o, più frequentemente, un contenuto gestionale (*“Rispetto al passato i direttori di dipartimento sono più in grado di intervenire nei processi gestionali”*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*). In tal senso, ad esempio, i *middle manager* possono indicare: (i) il referente al budget; (ii) il referente alla formazione; (iii) il referente all'innovazione; ecc.

Indipendentemente dalla creazione di progetti ad hoc, nell'ambito del dipartimento esiste, in molti casi, un calendario di incontri noto *ex-ante* (*“Devi avere a bordo i tuoi”*, *Direttore di Dipartimento*), che in genere coinvolge il comitato di dipartimento e che si articola da un minimo di due a un massimo di sei riunioni all'anno. In presenza di necessità specifiche vengono definiti ulteriori momenti di confronto. Tipicamente queste occasioni vengono utilizzate per discutere di aspetti clinici o tecnici connessi all'erogazione dell'attività sanitaria e solo uno di questi incontri annuali viene dedicato alla discussione di temi manageriali e generalmente connessi al processo di budget. In alcuni casi, questi incontri possono avere natura interdipartimentale, qualora siano associati alla discussione di progetti e/o percorsi assistenziali trasversali a più dipartimenti.

Muovendo, poi, al tema dei confronti esterni al dipartimento, molti MM si sono dichiarati impegnati ad attivare momenti di interfaccia con la direzione delle professioni sanitarie: tali momenti risultano però non sistematici e richiesti *on demand* per risolvere situazioni problematiche. Quanto al confronto tra direzione strategica aziendale e MM, con riferimento alla frequenza degli incontri, entrambe le aziende dichiarano un calendario di 6 incontri annui collegiali (Collegio di Direzione), a cui si aggiungono momenti di confronto specifico (tra direzione aziendale e singolo dipartimento) sistematici (una volta l'anno) e su richiesta (in presenza di particolari necessità e tendenzialmente per far fronte a situazioni di criticità). Nel corso degli anni, il numero di incontri collegiali si è tendenzialmente ridotto in entrambe le aziende analizzate, per cui a seguito



di un primo slancio iniziale, si è assistito ad un ridimensionamento di questa pratica.

Infine, apertamente sollecitati sul tema dei *tool* in grado di favorire pratiche gestionali e di coordinamento a livello dipartimentale, nessuno dei MM intervistati ha mostrato particolari livelli di proattività nei confronti del sistema informativo aziendale: richieste di customizzazioni o di analisi *ad hoc* risultano particolarmente rare.

## 9.5 Conclusioni

Il censimento ha mostrato come il *middle manager* delle unità cliniche sia uomo, di 63 anni, laureato in medicina con una specializzazione (di varia natura, anche se le prime 10 discipline rappresentano il 50% delle osservazioni), abbia operato in una sola regione e in una sola azienda e non abbia seguito corsi manageriali (al netto della formazione minima obbligatoria prevista per legge). Macro-area geografica, presenza di piani di rientro regionali e tipo di azienda non sembrano impattare su questa descrizione.

Dall'analisi dei casi, i MM sembrano concretamente assegnare alla propria posizione organizzativa un limitato contenuto gestionale, indipendentemente dal mandato ricevuto. In linea generale, il coinvolgimento sui sistemi di performance management aziendali appare declinato in termini non manageriali ma di mero coordinamento operativo, più per fluidificare il processo di lavoro che per contribuire attivamente al ciclo di pianificazione e controllo. Di fatto, nella maggior parte delle interviste effettuate, i MM si sono presentati in una veste di «ambasciatori» o «sindacale» delle UO, come rappresentanti presso la direzione aziendale di istanze provenienti dal nucleo delle unità operative afferenti al dipartimento, senza però rivendicare una funzione di organizzazione e gestione delle suddette istanze. Questo vale sia con riferimento ai sistemi di budget, sia rispetto ai fabbisogni di personale e di percorsi formativi. In presenza di esplicite richieste con contenuto gestionale, i MM tendono a delegare ad altra persona all'interno del dipartimento. Le ragioni di questo posizionamento possono essere molteplici: (i) la formazione e gli incarichi ricoperti dal MM, che prima ancora che essere capo di un dipartimento o capo distretto è medico e responsabile di CdR; (ii) la natura dei dipartimenti, che a volte non facilitano (per il numero e la tipologia delle unità afferenti) il MM in termini di azione manageriale; (iii) le competenze manageriali possedute dal MM, che evidentemente richiedono percorsi di apprendimento strutturati e continuativi nel tempo; (iv) un'assenza di infrastruttura manageriale interna al dipartimento a supporto del MM; (v) le ragioni alla base del conferimento del ruolo di capo dipartimento, che in molti casi seguono logiche basate sui principi dell'anzianità di servizio (come confermato, peraltro, dalle analisi quantitative discusse



nel capitolo) e/o della rilevanza del percorso professionale, piuttosto che delle capacità manageriali; (vi) la difficoltà a revocare l'incarico anche in presenza di evidenze non positive; (vii) la contrazione delle unità di personale all'interno del SSN con conseguente necessità di continuare a impiegare i MM sulla parte di produzione sanitaria (così riducendo il tempo e lo sforzo degli stessi sulla parte gestionale); (viii) il ruolo che la stessa direzione aziendale assegna ai MM.

Con riferimento proprio a quest'ultimo punto, e con specifico riferimento ai direttori di dipartimento, le interviste hanno evidenziato due aspetti interessanti. In primo luogo, a parità di azienda, soggetti differenti all'interno della struttura manageriale aziendale intendono in maniera diversa il ruolo del direttore di dipartimento (ad esempio, CdG e Ufficio del Personale potrebbero assegnare un contenuto e un ruolo differente al capo di dipartimento). In seconda istanza, la stessa direzione strategica aziendale tende a declinare sui direttori di dipartimento aspettative piuttosto eterogenee a seconda del singolo dipartimento, sulla base della tipologia dell'articolazione intermedia in questione o delle caratteristiche o attitudini del responsabile della stessa. In linea teorica in entrambe le aziende ci si aspetta che il direttore di dipartimento eserciti una funzione di governo sulla base di un principio di delega organizzativa. Concretamente, questa funzione di governo in alcuni casi altro non è se non l'attesa di una maggiore visibilità clinica (*“quando uno è capo dipartimento è più visibile e mi aspetto che la sua area di attività sanitaria sia più visibile”*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*) o il mero adempimento di quanto previsto dai documenti di organizzazione aziendale (*“il dipartimento esiste sulla carta”*, *Esponente della struttura manageriale aziendale*).

In sintesi, sebbene non manchino esempi di MM fortemente *committed* sulla dimensione gestionale e nonostante il metodo di analisi basato su casi non consenta generalizzazioni, le evidenze presentate dal capitolo non registrano un reale *empowerment* dei livelli organizzativi intermedi. A oggi, almeno con riferimento ai dipartimenti, rimane del tutto potenziale e sulla carta l'efficacia e l'incisività che il MM è in grado di garantire, soprattutto nelle grandi e grandissime aziende (specie quelle frutto di processi di accorpamento istituzionale), attraverso sistemi manageriali di *performance, people management* e coordinamento delle *operations*.

Appare dunque necessaria una riflessione sul ruolo dei livelli organizzativi intermedi e dei loro responsabili. Nella loro versione originaria tali aggregati organizzativi erano stati istituiti per perseguire differenti finalità: (i) sinergie per l'efficacia; (ii) garanzia dell'outcome; (iii) continuità delle cure; (iv) integrazione inter-disciplinare; (v) orientamento al paziente; (vi) sicurezza; (vii) valorizzazione e sviluppo delle risorse umane; (viii) ottimizzazione nell'uso delle risorse; (ix) responsabilizzazione economica e (x) organizzazione e sviluppo della ricerca. In questo quadro il MM è stato concepito con un forte connotato

strategico in quanto allo stesso doveva essere affidato il compito di negoziare obiettivi di performance e budget direzionali.

A fronte dei cambiamenti che hanno caratterizzato il SSN nel corso degli ultimi anni e della contrazione nelle risorse disponibili, il ruolo dei livelli organizzativi intermedi e quello dei MM avrebbe dovuto connotarsi per una crescita del contenuto gestionale (specie quando tali livelli assumono valenza interaziendale), ma questo percorso è lungi dall'apparire completo. Serve dunque un'accelerata in questa direzione o una riflessione su quale possa essere, in alternativa ai livelli organizzativi intermedi oggi presenti, l'assetto organizzativo alternativo per l'esercizio concreto dei principi della delega gestionale che, soprattutto nelle grandi aziende, appare un tema di fondamentale importanza. E, se il *middle* fa poco il *manager*, quali accorgimenti è possibile adottare per presidiare concretamente l'efficacia e l'efficienza del sistema? Le risposte a questa domanda sono probabilmente molteplici e da ricercare su più livelli: a livello centrale e regionale occorre agire per sopperire alla strutturale carenza di personale sanitario e correggere alcuni dei difetti di nascita nella figura del MM che rischiano di inficiarne l'efficacia (ad esempio la contemporanea funzione di capo di dipartimento e responsabile di CdR e di clinico); a livello aziendale è necessaria una chiara e univoca esplicitazione delle funzioni da allocare in capo al MM; a livello individuale appare imprescindibile investire sull'acquisizione di conoscenze e competenze in grado di supportare lo svolgimento della funzione, visto che in questo momento solo il 10% dei MM di natura clinica censiti dall'analisi quantitativa ha al suo attivo percorsi di formazione manageriali strutturati.

A oggi, dunque, alle grandi dimensioni delle aziende non ha corrisposto la nascita e lo sviluppo di un correlato *middle management*: questo significa che le nuove aziende non hanno ancora potuto esplorare il potenziale di innovazione e miglioramento che il cambio di assetto avrebbe dovuto indurre. Se, quindi, l'investimento sullo sviluppo del *middle management* rappresenta una priorità di sistema, appare necessaria un'adeguata riflessione sulle sue possibili traiettorie di sviluppo e le potenziali soluzioni concrete da abbracciare. Se ne possono elencare almeno quattro; la prima e la seconda prevedono di continuare a investire nella figura del direttore di dipartimento come *middle manager* formale e sostanziale, mentre la terza e la quarta prevedono l'*empowerment* di figure nuove e alternative o quantomeno complementari. Nello specifico, si tratta delle seguenti possibilità. (i) Rendere obbligatoria la sospensione o prevedere il deciso contingentamento delle attività cliniche durante il mandato, dedicandosi a tempo pieno o quantomeno prevalente a quella gestionale, creando così un meccanismo significativo di selezione/autoselezione dei direttori di dipartimento e di forte *commitment* rispetto al ruolo di MM. Presumibilmente questo approccio si orienterebbe su profili professionali navigati e anziani, quando la vocazione clinica tende a ridurre la propria intensità. (ii) In alternativa o in parallelo, la

direzione strategica e/o comunque le funzioni di governo centrale dell'azienda dovrebbero rafforzare i classici strumenti di selezione, responsabilizzazione e premialità. A titolo di esempio: la maggiore valorizzazione delle competenze, attitudini ed esperienze gestionali ai fini della nomina a MM; l'attribuzione di obiettivi gestionali propri del dipartimento/distretto che non siano una semplice sommatoria degli obiettivi delle unità operative; l'attribuzione di adeguate premialità. (iii) Prevedere a fianco di ogni direttore di dipartimento un *managing director* o un direttore operativo con responsabilità operative (cfr. Sartirana, 2018, p. 124) e uno staff dedicato, che di fatto gestisca il dipartimento sotto l'indirizzo del direttore. Si tratta di un modello «manipolativo», in quanto chi ha l'agenda di lavoro dedicata e la competenza non dispone della leva gerarchica: condizioni necessarie per un suo funzionamento sarebbero rappresentate dalla fiducia tra i due soggetti e dalla presenza di una forte delega organizzativa riconosciuta anche nel dipartimento. (iv) Introdurre nuovi assetti organizzativi che assegnino a strutture intermedie diverse dai dipartimenti il governo delle risorse più rilevanti. Ad esempio, disegnare e costruire piattaforme/piastre (chirurgiche, ambulatoriale, day service, E/U, ricoveri) con un direttore di piattaforma responsabile della saturazione dei fattori produttivi, a cui affiancare dei *Centers* (es. *cancer center*, *heart center*) con un direttore responsabile del *patient journey*. In questo quadro, i dipartimenti deterrebbero compiti scientifici di definizione e presidio dei PDTA e di *knowledge transfer* professionale. Inevitabilmente, questa soluzione è la più ambiziosa e sofisticata e il suo sviluppo presenta il maggior numero di ostacoli e difficoltà.

## Bibliografia

- Barzan, E., Borsoi, L., Gugiatti, A., Petracca, F. (2018), «La struttura e le attività del SSN», in CER GAS Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2018*, Milano, EG EA.
- Borgonovi, E. (1996), *Principi e sistemi aziendali per le pubbliche amministrazioni*, Milano, EG EA.
- Cappellaro, G., Longo, F., Ricci, A., Vecchi, V. (2015), «Gli impatti del PPP nel ridisegno dell'offerta ospedaliera: esiti, determinanti, prospettive», in CER GAS Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2015*, Milano, EG EA.
- De Bruijn, H., (2002), «Performance Measurement in the Public Sector: Strategies to Cope with the Risks of Performance Measurement», *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 15, N.7, pp 578-594, Emerald Group Publishing.
- Del Vecchio, M., Lega, F., Prenestini, A. (2017), «Nuovi modelli organizzativi e sviluppo del middle management nelle Aziende Sanitarie», in CER GAS SDA Bocconi (a cura di) *Rapporto OASI 2017*, Milano, EG EA.

- Fattore, G., Gugiatti, A., Longo, F. (2016), «Il riordino dei servizi sanitari regionali», in CERGAS Bocconi (a cura di), *Rapporto OASI 2016*, Milano, EGEA.
- Lawson, R., Stratton, W., Hatch, T. (2003), «The benefits of a scorecard system», *CMA Management*, 77(4), pp. 24-26.
- Lega, F. (2016), *Management e leadership dell'azienda sanitaria*, Milano, EGEA.
- Lecci, F., Morelli, M. (2014), «Management Control Systems (MCS) change and the impact of top management characteristics. The case of healthcare organisations», *J Manage Control*, 24:267-298.
- Ministero della Salute (2019), «Personale delle ASL e degli istituti pubblici ed equiparati», disponibile online [http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6\\_2\\_2\\_1.jsp?lingua=italiano&id=2870](http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2870)
- Ministero dello Sviluppo Economico (2016), «Chiarimenti in materia di diagnosi energetica delle imprese», p. 3, disponibile on line <https://www.assolombarda.it/servizi/energia-e-gas/informazioni/definizione-grande-impresa-aggiornamento-chiarimenti-mise>.
- Mintzberg, H. (1985), *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Sartirana, M. (2018), *Hybrid Managers. An institutional perspective on the rise and realization of medical management*, Utrecht, Ipskamp drukkers. ISBN 978-94-028-128-3
- Yin, R.K. (2013), *Case Study Research: Design and Methods*, 5th edition, Thousand Oaks, Sage Publications.