

La governance nelle organizzazioni sanitarie

a cura di Marco Biocca, Roberto Grilli,
Benedetta Riboldi

TEORIA
METODOLOGIA

*S*alute e
società



FrancoAngeli

Salute e Società

collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* si inserisce in una rete di natura più vasta, collegata operativamente da un logo comune e concettualmente da un *Manifesto* programmatico (pubblicato sul n. 1, a. I, 2002 della Rivista omonima), che contempla le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione*:

- Laurea Specialistica in *Sociologia, Politiche Sociali e Sanitarie* (con curriculum in *Sociologia della Salute*): Costantino Cipolla, Università di Bologna;
- Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito da FrancoAngeli: Antonio Maturò, Università di Bologna;
- Delegato SISS (*Società Italiana di Sociologia della Salute*): Tullia Saccheri, Università di Salerno;
- Master Universitario di II livello in *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari dal punto di vista del cittadino*: Leonardo Altieri, Università di Bologna;
- Centro di Ricerca Interdipartimentale sui *Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.): Guido Giarelli, Università della Magna Graecia (Catanzaro);
- Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salute*: Sebastiano Porcu, Università di Macerata;
- Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S): Francesca Cremonini, Università di Bologna;
- Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*: Anna Coluccia, Università di Siena;
- Storico per la *Croce Rossa Internazionale*: Paolo Vanni, Università di Firenze.

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *Welfare State e cittadinanza: gay, lesbiche, bisex, trans* (Università di Bologna): Tutor Agnese Accorsi, agnese.accorsi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Metodologia della ricerca sociale ed epidemiologica applicata alle sostanze psicoattive* (Università di Bologna): Tutor Alessia Bertolazzi, alessia.bertolazzi@libero.it.
- Corso di Alta Formazione in *Sociologia della salute e Medicine non convenzionali* (Università di Bologna): Tutor Veronica Agnoletti, agnoletti.veronica@libero.it

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale.

La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema, si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica, epistemologica il senso della propria elaborazione nell'ottica della tolleranza, del pluralismo competitivo e delle soluzioni, o decisioni, migliori per la qualità della vita socio-sanitaria dei cittadini. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabile redazionale: Ilaria Iseppato, ilaria.iseppato@libero.it



Università degli Studi di Bologna
Polo Scientifico-Didattico di Forlì - Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli" - Dipartimento di Sociologia

SOCIAL SCIENCES AND HEALTH IN THE 21ST CENTURY:
NEW TRENDS, OLD DILEMMAS?
SCIENZE SOCIALI E SALUTE NEL XXI SECOLO:
NUOVE TENDENZE, VECCHI DILEMMI?

Convegno internazionale per il V anniversario della Rivista "Salute e Società"
Forlì, 19-21 aprile 2007

Promozione e direzione scientifica: *Costantino Cipolla*

Coordinamento generale: *Linda Lombi*

Gruppo di lavoro: *Agnese Accorsi, Andrea Antonilli, Viola Barbieri, Alessia Bertolazzi, Laura Farneti, Stefania Florindi, Silvia Foglino, Carlo Antonio Gobato, Maura Gobbi, Francesca Guarino, Lucia Fabbri, Ilaria Iseppato, Silvia Laghi, Cristina Mancini, Michele Marzulli, Lorella Molteni, Mariella Nocenzi, Roberta Partisani, Valeria Pastore, Luca Pietrantoni, Cinzia Pizzardo, Benedetta Riboldi, Roberto Rizza, Susi Sbarbati, Elisabetta Scozzoli, Teresa Spadea, Daniele Spizzichino, Doriana Togni, Rossella Trapanese, Susanna Vezzadini, Giovanna Vingelli.*

Comitato editoriale del Convegno

Coordinatore: *Costantino Cipolla*

Segretario scientifico: *Antonio Maturo*

Membri: *Leonardo Altieri, Claudio Baraldi, Marco Biocca, Giuseppe Costa, Luca Fazzi, Andrea Gardini, Michele La Rosa, Clemente Lanzetti, Rossella Levaggi, Mauro Moruzzi, Umberto Nizzoli, Bruna Zani.*

Segreteria editoriale: *Agnese Accorsi, Maura Gobbi, Ilaria Iseppato, Linda Lombi.*

Piano editoriale

1. Cipolla C., Maturo A. (a cura di) (2008), *Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?*, FrancoAngeli, Milano.
2. Biocca M., Grilli R., Riboldi B. (a cura di) (2008), *La governance nelle organizzazioni sanitarie*, FrancoAngeli, Milano.
3. Baraldi C., Barbieri V., Giarelli G. (a cura di) (2008), *Immigrazione, mediazione culturale e salute*, FrancoAngeli, Milano.
4. Lanzetti C., Lombi L., Marzulli M. (a cura di) (2008), *Metodi qualitativi e quantitativi per la ricerca sociale in sanità*, FrancoAngeli, Milano.
5. Gardini A. (a cura di) (2007), *L'ospedale nel XXI secolo*, "Salute e Società", a. VI, n. 3, FrancoAngeli, Milano.
6. Balloni A., Bisi R. (a cura di) (2008), *Processi di vittimizzazione e reti di sostegno alle vittime*, "Salute e Società", a. VII, n.1, FrancoAngeli, Milano.

Fra i coordinatori delle varie sezioni che non appaiono nel piano editoriale segnaliamo e ringraziamo: *Carlo Borzaga, Daniela Cocchi, Laura Corradi, Viviana Egidi, Manuela Martoni, Tullia Saccheri.*

Hanno sponsorizzato il Convegno e ringraziamo formalmente: Alma Mater Studiorum-Università degli Studi di Bologna, Polo Scientifico-Didattico di Forlì, Presidenza Facoltà di Scienze Politiche "R. Ruffilli"-Forlì, Cup2000, Oracle, Fondazione Cassa dei Risparmi di Forlì, Ser.In.Ar, Centro Residenziale Universitario di Bertinoro (Ce.U.B.).

La governance nelle organizzazioni sanitarie

a cura di Marco Biocca, Roberto Grilli,
Benedetta Riboldi

FrancoAngeli

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Ilaria Iseppato

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione , di <i>Marco Biocca e Roberto Grilli</i>	pag.	11
1. Il ruolo del Capitale intellettuale nel sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie , di <i>Emidia Vagnoni</i>	»	15
1. Introduzione	»	15
2. L'evoluzione degli studi sul Capitale Intellettuale	»	17
3. La rappresentazione del CI in sanità: l'analisi empirica	»	19
3.1. Il Capitale relazionale	»	21
3.2. Il Capitale individuale	»	24
3.3. Il Capitale interno	»	25
4. Alcune considerazioni	»	27
2. Il Bilancio di missione delle Aziende sanitarie pubbliche della Regione Emilia-Romagna , di <i>Marco Tieghi</i>	»	31
1. La "rendicontazione sociale" in ambito sanitario pubblico: brevi cenni sul fenomeno	»	31
2. Le finalità e gli strumenti della rendicontazione sociale	»	32
3. Il progetto "Bilancio di missione" della Regione Emilia-Romagna: obiettivi e peculiarità	»	38
4. Lo stato di avanzamento del progetto ed i risultati conseguiti	»	43
5. Gli elementi di criticità emergenti	»	44
6. Ipotesi di sviluppo futuro	»	47
3. L'organizzazione del Servizio Sanitario Regionale ed il governo clinico: un progetto di monitoraggio in Emilia-Romagna , di <i>Guido Giarelli e Stefania Florindi</i>	»	49

1. Governo clinico e qualità dell'assistenza	»	49
2. Il Servizio Sanitario Regionale dell'Emilia-Romagna e il governo clinico	»	54
3. Il progetto di monitoraggio delle modalità di implementazione aziendale del governo clinico	»	58
3.1. Finalità e obiettivi	»	58
3.2. Metodologie e strumenti	»	59
4. Conclusioni	»	60
4. Organizzare le reti in sanità: teoria, metodi e strumenti di social network analysis, di Americo Cicchetti e Daniele Mascia	»	65
1. Introduzione	»	65
2. Complessità ed esigenze di coordinamento nella medicina moderna	»	67
3. Il fabbisogno di coordinamento e la metafora della rete	»	69
4. Modello "a rete" e approccio relazionale	»	71
5. Social network analysis in sanità: ambiti e livelli di applicazione	»	72
6. L'analisi delle reti sociali: concetti e metodi	»	76
7. Discussione	»	81
7.1. Implicazioni teoriche	»	83
7.2. Implicazioni operative	»	84
7.3. Limitazioni e rischi	»	85
5. Un nuovo modello di management e la misura della performance nelle Aziende sanitarie: la <i>balanced scorecard</i>, di Giulia Sallustio e Vito Ricci	»	93
1. Introduzione	»	93
2. Un nuovo modello per il governo e il controllo strategico dell'azienda: la <i>balanced scorecard</i>	»	94
3. La <i>balanced scorecard</i> in sanità	»	97
3.1. Considerazioni iniziali	»	97
3.2. Le prospettive della BSC in sanità	»	99
4. Analisi delle prospettive, delle aree strategiche e dei KPIs in sanità	»	100
6. Le proposte per un Osservatorio regionale per l'innovazione in Emilia-Romagna, di Roberto Grilli e Marco Biocca	»	111

1. Introduzione	»	111
2. Le ragioni di un Osservatorio regionale per le innovazioni	»	112
3. Le funzioni dell'ORI	»	114
4. Le implicazioni generali	»	115
5. Il contributo delle Aziende sanitarie all'ORI	»	116
6. Servizi di supporto dell'ORI	»	118
6.1. Servizio di documentazione sulle innovazioni	»	118
6.2. Archivio aperto della produzione scientifica del Servizio sanitario dell'Emilia-Romagna	»	118
6.3. Strumenti per la diffusione dell'informazione e la comunicazione	»	119
6.4. Piano formativo per l'innovazione	»	119
7. Il censimento della ricerca nelle aziende del servizio sanitario regionale, di Alessandro Liberati, Rossana De Palma e Donato Papini	»	123
1. Introduzione	»	123
2. La metodologia del censimento	»	125
3. Risultati	»	127
3.1. Caratteristiche generali dei progetti censiti	»	127
3.2. Caratteristiche dei progetti in relazione alla tipologia di Azienda sanitaria	»	129
3.3. Caratteristiche dei progetti in relazione alla fonte di finanziamento	»	131
4. Discussione	»	133
5. Prospettive e considerazioni conclusive	»	136
8. Lo sviluppo della formazione per la governance nelle Aziende sanitarie: dal professionista all'azienda che apprende. Esperienza ECM 2002-2006, di Salvatore De Franco e Alessia Salsi	»	141
1. Introduzione	»	141
2. Il programma ECM	»	142
3. La formazione (sul campo) nelle aziende sanitarie	»	143
4. La formazione permanente	»	146
5. La formazione nella governance aziendale	»	148
9. Un solo Piano, tanti protagonisti per la salute. Strategie a sostegno delle politiche per la salute e il benessere, di Barbara Curcio Rubertini	»	153

1. Introduzione: stabilire una politica pubblica sana	»	153
2. Prima strategia: un piano intersettoriale per la salute	»	155
3. Seconda strategia: un piano fortemente orientamento alla prevenzione	»	156
4. Terza strategia: impegno in prima persona di tutte le amministrazioni pubbliche	»	158
5. Quarta strategia: un piano che privilegia inclusione e integrazione	»	159
6. Quinta strategia: un piano fortemente orientato a contrastare le disuguaglianze	»	160
7. Sesta strategia: scelte di priorità rappresentative dei territori	»	161
8. Settima strategia: un piano fortemente orientato alla qualità dei servizi e, in particolare, a promuovere interventi di provata efficacia	»	162
9. Ottava strategia: impegno sulla valutazione dei risultati	»	164
10. Conclusioni: rendere le conquiste stabili	»	164
10. La sopravvivenza per patologia tumorale e l'appropriatezza assistenziale: informazioni prodotte dai Registri Tumori, utili al governo clinico, di Lucia Mangone, Silvia Candela e Enza Di Felice	»	167
1. Introduzione	»	167
2. I Registri Tumori	»	168
2.1 Valutazione dell'esito: confronto tra Registri Tumori	»	170
2.2 Valutazione dell'appropriatezza assistenziale	»	172
2.3 Valutazione dell'equità assistenziale	»	173
2.3.1. Valutazione dell'equità in relazione all'età alla diagnosi	»	173
2.3.2. Valutazione dell'equità in relazione alle condizioni socio-economiche (CSE)	»	177
3. Discussione	»	179
11. La governance nei sistemi sanitari di alcune regioni europee: il progetto Benchmarking Regional Health Management II (Ben RHM II), di Benedetta Riboldi e Marco Biocca	»	185
1. Introduzione	»	185
2. Le ragioni del progetto	»	186

3.	La metodologia utilizzata	»	187
3.1	Un quadro di insieme	»	187
3.2	Le fasi	»	188
3.3	La pertinenza della metodologia utilizzata	»	194
4.	I risultati: la Regione Emilia-Romagna e le altre Regioni europee	»	196
5.	Conclusioni	»	200
12.	Sicurezza sanitaria e governance tra continuità e cambiamento: le Agenzie del farmaco in Italia, Gran Bretagna e Germania, di Paolo Crivellari	»	203
1.	Introduzione: sicurezza sanitaria, agenzie e governance	»	203
2.	Le agenzie del farmaco	»	204
3.	L'agenzia britannica del farmaco (MHRA)	»	205
4.	L'agenzia tedesca del farmaco (BfArM)	»	207
5.	L'agenzia italiana del farmaco (AIFA)	»	210
6.	Conclusione	»	211
13.	L'impazienza del paziente: liste d'attesa in sanità, di Abdallah Amara	»	217
1.	Il contributo sociologico	»	218
2.	Modernità e Salute	»	220
2.1	Modernità vs Società Tradizionali	»	220
3.	L'insicurezza sociale moderna	»	221
4.	Le sfide dei sistemi sanitari	»	223
5.	Il problema: le liste d'attesa in sanità	»	224
5.1	Il contesto significativo	»	225
6.	Conclusioni, definizioni operative e proposte	»	228
6.1	Analisi "contestuale" delle liste d'attesa	»	229
6.2	Perché esistono delle liste e dei tempi d'attesa in sanità?	»	230
6.3	Proposte	»	231
	Note sugli autori	»	237

Introduzione

di *Marco Biocca e Roberto Grilli*

Il contesto delle organizzazioni sanitarie può essere definibile come altamente “knowledge intensive”, innanzitutto per le peculiari caratteristiche degli operatori che vi operano, depositari di competenze altamente specialistiche e sofisticate, dalle quali dipende in modo oggi forse non più esclusivo, ma certamente sempre determinante, la qualità dei servizi erogati. Di più, queste competenze si esprimono in larga parte nella forma di conoscenze implicite, quindi difficilmente codificabili e trasmissibili.

Questo bagaglio di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un bene prezioso, indispensabile per garantire una buona qualità dei servizi, che deve essere non soltanto valorizzato e consolidato, ma anche continuamente aggiornato e sviluppato. La continua “manutenzione” di questo articolato complesso di conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie è infatti resa indispensabile dalla costante dinamicità dei contesti assistenziali, sottoposti costantemente alle tensioni dovute alla introduzione di innovazioni tecnologiche ed organizzative.

La tensione alla ricerca di nuovi equilibri da parte delle organizzazioni sanitarie, in risposta a queste continue sollecitazioni, trova nello sviluppo delle competenze interne uno degli elementi di sostegno principali.

Infine, le organizzazioni sanitarie si reggono su un folto intreccio di complesse relazioni: tra le diverse componenti professionali distinte in una molteplicità di articolazioni disciplinari e specializzazioni, tra la componente clinica e la componente manageriale, tra le organizzazioni sanitarie in quanto tali e l’insieme del tessuto sociale ed istituzionale in cui sono inserite.

Come l’ormai sterminata letteratura sulla governance nelle organizzazioni sanitarie sta a dimostrare (insieme con l’esperienza concreta degli operatori), la natura di queste relazioni rappresenta un elemento determinante della capacità di una organizzazione sanitaria di perseguire efficacemente i propri obiettivi e di mantenere nel tempo un’elevata capacità innovativa.

In questo senso, analizzare gli adattamenti che si stanno realizzando nelle organizzazioni sanitarie a seguito dei cambiamenti tecnologici, organizzativi, culturali e normativi significa porre al centro della propria attenzione l’analisi della qualità e della intensità di queste relazioni, dei processi che le

sottendono e rendono possibili e di quelli che da esse sono a loro volta generati.

Questo è tanto più vero in quelle situazioni, come è il caso della regione Emilia-Romagna, caratterizzate da una parte da una spiccata attenzione al tema della governance – sia in termini di relazioni tra le diverse componenti interne alle organizzazioni sanitarie, sia in termini di relazioni tra le aziende sanitarie ed il loro contesto istituzionale di riferimento – dall'altra dalla individuazione della ricerca e della formazione come compiti istituzionali delle aziende sanitarie, in forme e modalità integrate alla funzione assistenziale, individuazione che esprime una visione delle organizzazioni sanitarie intese come ambiti di formazione e sviluppo di conoscenza. Infatti, i processi che le aziende sanitarie sono chiamate ad attivare al proprio interno per pervenire ad una piena integrazione tra ricerca, formazione ed assistenza, non sono altro, in buona sostanza che le concrete modalità attraverso le quali quelle organizzazioni alimentano e coltivano il proprio patrimonio intellettuale. Questi processi rappresentano di fatto la capacità aziendale di sostenere e valorizzare il contributo dei propri professionisti allo sviluppo delle conoscenze, di utilizzare al meglio tali conoscenze e le informazioni disponibili per indirizzare le scelte organizzative ai diversi livelli, di sostenere adeguatamente la formazione professionale.

In questo contesto, le organizzazioni sanitarie non possono più essere viste e considerate soltanto come ambiti di erogazione di servizi e prestazioni, la cui valutazione ne descrive le performance, attraverso specifici indicatori di qualità, di esito o di processo. Occorre coglierle anche come ambiti che utilizzano, producono e formano conoscenze.

Le modalità, gli strumenti e i criteri per osservare, analizzare, misurare ed interpretare questi fenomeni sono ancora assai empirici e allo stadio iniziale, ma cominciano ad essere riconoscibili e a proporsi come opportunità da sviluppare.

Questo volume raccoglie una prima serie di esperienze provenienti da situazioni anche molto distinte che hanno avuto modo di confrontarsi in occasione del Convegno “Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?” tenutosi a Forlì nell'aprile del 2007.

Sono riflessioni intertematiche che vanno, tuttavia, considerate con le cautele che si riservano alle esperienze sperimentali e agli assemblaggi preliminari.

Il comune denominatore dei diversi capitoli è un concetto di governance innovativo e moderno. Passa infatti dalla conoscenza e dalla valorizzazione del Capitale intellettuale (cap. 1) una gestione efficace ed evoluta di una azienda: e la determinazione di questo capitale è un elemento fondamentale nel sistema di valutazione delle performance sanitarie. Il Bilancio di missione (cap. 2) delle organizzazioni sanitarie dell'Emilia-Romagna si inserisce come strumento sistematico di rendicontazione delle molteplici attività

di una organizzazione straordinariamente complessa, ma anche influente nella vita delle comunità.

Una governance efficiente punta al miglior governo clinico possibile (cap. 3) e l'esperienza raccolta in questa pubblicazione descrive il progetto di monitoraggio delle implementazioni aziendali del governo clinico nelle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna.

Strettamente legato a una moderna concezione di organizzazione sanitaria è il concetto di rete (cap. 4): appare evidente infatti come sia imprescindibile oggi legare e coordinare tra loro esperienze, professionalità e competenze di attori sempre più spesso indispensabili nella governance di un'azienda. A farlo sono ormai manager pubblici (cap. 5) preparati per gestioni rigorose attraverso strumenti come il controllo di gestione, le attività di reporting, i budget.

Sempre più importante appare, anche alla luce di un contesto più generale di cambiamenti, la necessità di un Osservatorio sulle Innovazioni (cap. 6) che rilevi e metta in comune nuove soluzioni di gestione e nuovi strumenti. La ricerca diventa, di conseguenza, una funzione utile nelle aziende del servizio sanitario regionale e richiede azioni di supporto e promozione, come quelle realizzate attraverso il censimento effettuato in Emilia-Romagna (cap. 7). Una governance di alto livello passa inoltre dalla formazione continua delle risorse (cap. 8). È un concetto del quale le aziende stanno ormai prendendo piena coscienza: la formazione come percorso educativo che si rigenera e si consolida continuamente in un rapporto stretto tra traiettorie di apprendimento individuali ed evoluzioni dell'organizzazione. I Piani per la salute, realizzati negli scorsi anni (cap. 9), sono presentati come la cornice all'interno della quale lavorano i protagonisti dell'organizzazione sanitaria e interagiscono con altri attori sociali per il governo e la partecipazione alla comunità.

Il convegno "Scienze sociali e salute nel XXI secolo: nuove tendenze, vecchi dilemmi?" è stato anche l'occasione per includere nella discussione alcuni altri aspetti che potrebbero contribuire al quadro complessivo. L'analisi epidemiologica innanzitutto, e in questo caso l'uso di uno strumento specifico (registro tumori) per orientare le scelte attraverso lo studio sulla sopravvivenza per patologia tumorale (cap. 10). Chiudono la pubblicazione un capitolo sulla metodologia utilizzata per confrontare l'organizzazione dei sistemi sanitari in alcune regioni europee ed un capitolo sulla sicurezza sanitaria, nato dal raffronto tra le Agenzie del farmaco in Italia, Gran Bretagna e Germania.

Anche se questo volume complessivamente non consente di pervenire all'introduzione di una metodologia "pronta per l'uso", questa collezione di punti di vista e di esperimenti ha comunque il pregio di aver dischiuso le prospettive di un filone di indagine e studio che è probabilmente ineludibile, almeno alla luce delle considerazioni precedenti.

1. Il ruolo del Capitale intellettuale nel sistema di valutazione della performance delle Aziende sanitarie

di *Emidia Vagnoni*

1. Introduzione

I sistemi di valutazione delle performance aziendali hanno a lungo focalizzato l'attenzione su fenomeni direttamente rappresentabili in termini economico-finanziari. L'aumento della complessità del sistema azienda ha poi condotto a ricercare strumenti alternativi di rappresentazione dei risultati, tali da evidenziare quelli che non trovano immediato riscontro nelle misure di carattere finanziario, ma che contribuiscono ampiamente a definire il valore generato dall'azienda. In tale contesto, i fattori intangibili hanno assunto un ruolo rilevante nella rappresentazione della performance aziendale.

In Italia, gli studi economico-aziendali hanno dedicato molto spazio alle cosiddette "risorse immateriali", ponendo da sempre il problema dell'analisi del contributo di fattori non tangibili alla determinazione del risultato aziendale. Nel corso degli anni Novanta, a seguito dell'aumento dei meccanismi competitivi e della globalizzazione, si è assistito in ambito internazionale ad un fiorire degli studi sui fattori intangibili, nel senso di descriverne gli effetti sulla performance, le modalità di rappresentazione, le caratterizzazioni attraverso lo studio di casi.

In ambito economico-aziendale, il modello del Capitale intellettuale (CI) ha costituito uno degli strumenti principali elaborati dalla letteratura per la rappresentazione e la valutazione dei fattori intangibili. I numerosi contributi che si fondano sullo schema teorico del CI risultano essere particolarmente orientati all'analisi di aziende operanti per il mercato [Edvinsson 1997; Stewart 1997; Sveiby 1997; Guthrie e Petty 2000; Roos 2005], mentre le aziende operanti nel settore pubblico risultano scarsamente esplorate, e tra queste, in particolare, le aziende che operano nel sistema sanitario.

Dall'analisi della letteratura emergono differenti approcci all'analisi del Capitale intellettuale, con particolare riferimento agli obiettivi che i diversi

studiosi assegnano alla rilevazione dei fattori intangibili. Se per alcuni studiosi l'obiettivo primo nell'indagine del CI è la sua valorizzazione in termini economico-finanziari [Lev 1999], è altresì vero che esiste un filone di studi più orientato ad esplicitare gli elementi che costituiscono il CI ed a darne una possibile rappresentazione e misurazione [Sveiby. 1998; Guthrie e Petty 2000; Mouritsen *et al.* 2001]. Secondo l'approccio di studio appena richiamato, assume rilevanza la rappresentazione del Capitale intellettuale al fine di assumere consapevolezza delle sue determinanti e di orientare i processi di gestione aziendale verso la massimizzazione della performance. Si tratta quindi di un approccio rivolto al miglioramento dei processi interni all'azienda.

Nonostante la letteratura mostri una molteplicità di finalità assegnate alla valutazione del CI, ed una conseguente numerosità di approcci di studio, risulta essere ampiamente condivisa la rappresentazione del CI nelle seguenti categorie di elementi [Edvinsson 1997; Edvinsson e Malone 1997; Roos *et al.* 1997; Sveiby 1997; Stewart 1997]:

1. Capitale esterno;
2. Capitale interno;
3. Capitale umano.

Le tre categorie appena menzionate sono in grado di catturare elementi quali l'innovazione, l'accrescimento di conoscenza, la qualità, le capacità operative, le potenzialità dei dipendenti, la cultura organizzativa, etc. Il Capitale intellettuale viene quindi inteso come l'insieme di risorse intangibili che, qualora siano correttamente valorizzate nella gestione aziendale, permettono di incrementare significativamente il valore dell'azienda e l'efficacia delle sue azioni strategiche [Stewart 1997; Edvinsson e Malone 1997].

Nel contesto delle Aziende sanitarie pubbliche, la rappresentazione della performance attraverso i soli dati di natura economico-finanziaria che trovano sintesi nei documenti di bilancio risulta essere scarsamente significativa quando il dibattito è volto a discutere il valore che un'azienda genera nell'ambito del contesto socio-economico di riferimento, quando si ricercano le ragioni della diversità di risultato (di valore percepito) tra aziende che presentano la medesima struttura economico-finanziaria. I risultati ottenibili dalle Aziende sanitarie in termini di qualità delle cure, volume delle prestazioni, capacità di attrarre pazienti, immagine, abilità a mantenere ed attrarre professionisti qualificati, possono differenziarsi notevolmente da azienda ad azienda, anche a parità di risorse impiegate.

In accordo con quanto affermato da Roos *et al.* [1997], secondo un orientamento strategico, il Capitale intellettuale potrebbe risultare un utile strumento per la creazione e gestione della conoscenza volta ad aumentare il valore dell'azienda. Al fine di perseguire tale obiettivo si ritiene indi-

spensabile che i manager sappiano individuare gli elementi del CI e ne conoscano la loro entità.

Come evidenziato dalla letteratura nazionale ed internazionale, il modello del CI trova ancora limitata applicazione alle aziende pubbliche sia dal punto di vista teorico-concettuale, sia per la scarsità degli studi empirici. Pertanto, la realizzazione di uno studio avente per oggetto la rappresentazione del Capitale intellettuale nelle Aziende sanitarie pubbliche permette, da un lato, di contribuire a colmare il gap che il dibattito scientifico in materia evidenzia, dall'altro lato, di fornire uno strumento che rappresenti la base per la valutazione della dinamica dei fattori intangibili rispetto alla performance.

Lo studio si fonda su un approccio deduttivo-induttivo-deduttivo, tipico delle scienze sociali, e si basa sullo schema teorico-concettuale del CI. Segue l'analisi empirica qualitativa realizzata mediante il metodo del *multiple case study* condotto su cinque Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna nel periodo 2005-2006.

Nella sezione 2 viene presentata una sintesi degli studi sul CI che ha condotto all'attuale modello teorico di analisi. La sezione 3 propone il modello di rappresentazione del CI in sanità, così come emerso dall'analisi empirica realizzata con il contributo delle cinque Aziende sanitarie e dell'Agenzia sanitaria della Regione Emilia Romagna. Infine, vengono presentate alcune considerazioni finali.

2. L'evoluzione degli studi sul Capitale Intellettuale

Gli studi economico-gestionali sul CI rappresentano una visione olistica dell'azienda e delle risorse in essa presenti, ma altresì un diverso modo di intendere e di riferirsi alle risorse medesime.

Il concetto di Capitale intellettuale trova ampia diffusione in ambiti disciplinari e operativi diversi, rendendo arduo talvolta un puntuale riferimento. Tra le ragioni da ricondurre alla difficoltà di definizione vi è l'aspetto legato all'ampio grado di dinamicità che caratterizza il CI [Stewart 1997; Roos 1997] facendo risultare, a volte, poco significativa una sua identificazione in senso assoluto.

Tuttavia, una prima definizione del CI viene da Stewart [1997: 113] secondo cui «l'intelligenza diventa un capitale quando da un brainpower libero si ricava un certo ordine utile, vale a dire quando ad esso viene data una forma coerente (una mailing list, un data base, l'ordine del giorno di una riunione, la descrizione di un processo): quando esso viene incapsulato in modo tale da consentire di descriverlo, comunicarlo ad altri e sfruttarlo; e quando può essere applicato per fare qualche cosa che non si potrebbe fare

se rimanesse sparso come tante monetine in un ruscello. Il Capitale intellettuale è sapere utile confezionato».

In merito al CI, Edvinsson e Sullivan [1996] affermano che esso è individuabile nella conoscenza che può essere convertita in valore. Gli Autori valorizzano il CI in quanto fonte di valore e dalla loro definizione si evince la rilevanza del CI sia nei rapporti interni all'azienda, sia in quelli che l'azienda instaura con l'esterno.

Tra le definizioni di CI più utilizzate troviamo quella diffusa dall'OECD [1999] che intende il CI come il valore economico di due categorie di risorse intangibili di un'azienda, quali il Capitale strutturale o "organisational" e il Capitale umano. Il Capitale strutturale di un'azienda fa riferimento a elementi quali la proprietà di sistemi informatici o le reti di distribuzione. Sempre secondo la definizione dell'OECD, rientrano nel Capitale umano sia le risorse interne all'azienda in termini di risorse umane, sia quelle esterne in termini di clienti e fornitori.

I numerosi lavori volti allo studio del CI hanno condotto ad una definizione condivisa dello stesso, proponendone la rappresentazione in tre principali categorie: Capitale esterno, Capitale interno e Capitale umano.

Se nei primi studi presenti sul CI l'obiettivo primario era di individuare un ambito di azione e, quindi, di definizione del CI così da evidenziarne la rilevanza ai fini aziendali [Petty e Guthrie 2000], gli studi successivi si sono orientati all'individuazione di un modello di rappresentazione del CI. Dalla fine degli anni '80 ad oggi sono stati presentati numerosi modelli di report del CI [Kaplan e Norton 1992; 1996; Edvinsson e Malone 1997, Edvinsson 1997; Sveiby 1997], ciascuno dei quali, però, costituisce l'emanazione di un approccio diverso all'analisi del CI da un punto di vista delle finalità ad essa assegnate (Tab. 1).

Tab. 1 - Principali classificazioni del CI in letteratura

<i>Autore</i>	<i>Framework</i>	<i>Classificazione</i>
Sveiby [1997; 1998]	Intangibles asset monitor	Struttura interna Struttura esterna Competenze professionali
Kaplan e Norton [1992]	Balance Scorecard	Prospettiva processi interni Prospettiva clienti Prospettiva dell'apprendimento Prospettiva finanziaria
Edvinsson e Malone [1997]	Skandia Value Scheme	Capitale umano Capitale strutturale

Fonte: adattamento da Petty e Guthrie [2000: 159]

Le rappresentazioni del CI rimandano comunque a tre dimensioni di natura intangibile, indipendentemente dalla modalità di rappresentazione che

gli autori propongono. Nel modello di classificazione del CI proposto da Sveiby [1997], e poi ampiamente diffuso, il riferimento è alle seguenti dimensioni:

1. Struttura interna: ricerca e sviluppo, aspetti gestionali, processi. È intesa come l'insieme dei brevetti, modelli, software creati dai prestatori di lavoro e posseduti dall'azienda;
2. Struttura esterna: relazioni con i clienti. È dato principalmente dall'insieme delle relazioni con i clienti e con i fornitori;
3. Competenze professionali: formazione ed esperienza espressa dai componenti di un'organizzazione. Costituisce la base della capacità di agire in un ampio novero di situazioni volte alla creazione di risorse sia tangibili che intangibili, all'interno della quale troviamo la formazione di base e professionale dei professionisti che sono i principali generatori di valore aggiunto.

Come accennato, la maggior parte del dibattito sul tema del Capitale intellettuale ha avuto per oggetto le imprese, mentre sono rari gli studi riguardanti le aziende pubbliche. Tra questi vi sono esperienze rilevanti come quelle presentate nel lavoro di Mouritsen *et al.* [2004: 380-392]. Lo studio, volto alla comprensione delle ragioni che possono spingere all'impiego del CI in ambito strategico, ha visto il coinvolgimento di 26 aziende pubbliche danesi già orientate al CI. Dall'indagine emerge come l'utilizzo di uno strumento di rappresentazione del CI sia risultato di supporto alle aziende in quanto permette loro di attuare azioni volte alla loro differenziazione e di sviluppare un proprio approccio strategico volto alla gestione dei servizi pubblici.

Sempre in ragione della scarsa attenzione posta all'introduzione del CI nelle aziende pubbliche, lo studio di Wall [2005: 289-33] compara il diverso grado di sviluppo del Capitale intellettuale nelle imprese e nelle aziende pubbliche evidenziando un gap tra le prime e le seconde.

Per ciò che concerne, poi, studi sul CI applicati al settore sanitario essi sono praticamente inesistenti. In letteratura è presente un solo lavoro condotto da Habersan e Piber [2003: 753-779] basato sull'analisi di due casi studio riferiti a due ospedali, uno italiano e l'altro austriaco. Gli Autori analizzano il CI all'interno della realtà ospedaliera attraverso l'impiego di un *framework* teorico che vede la suddivisione del CI in umano, strutturale e relazionale, e si riferisce allo sviluppo del Capitale intellettuale attraverso l'interdipendenza delle relazioni tra gli elementi riconducibili alle tre aree.

3. La rappresentazione del CI in sanità: l'analisi empirica

I fattori che compongono il Capitale intellettuale possono diversificarsi in ragione della tipologia di azienda analizzata, e in considerazione dei pro-