

Q202X

Quaderni Monografici Rirea
n. 8

Chiara Leardini

L'azienda sanitaria
nella prospettiva
del knowledge management



RIREA

Casa Editrice della Rivista Italiana di Ragioneria e di Economia Aziendale

Roma - Via delle Isole, 30 - Tel. 06/8417690 - Fax 06/8845732 - e-mail: rirea_@infnito.it

Indice

INTRODUZIONE	4
1. IL PROCESSO DI AZIENDALIZZAZIONE	7
2. LA RIFORMA DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE: IL MECCANISMO DEL CONTROLLO	9
3. LA MISURAZIONE DEI RISULTATI	12
4. LA NATURA PROFESSIONALE DELL'ORGANIZZAZIONE SANITARIA ..	15
5. LA SFIDA: RAZIONALIZZARE E CONTROLLARE LA DECISIONE MEDICA ..	19
6. I TERMINI DEL PROBLEMA	20
7. IL QUADRO TEORICO DIRIFERIMENTO	22
8. LE AZIENDE SANITARIE COME PIATTAFORMA DI CONOSCENZE	25
8.1. I professionisti delle aziende sanitarie	25
8.2. I processi di organizzazione delle conoscenze	30
8.2.1. <i>La localizzazione delle conoscenze</i>	31
8.2.2. <i>Le relazioni tra le conoscenze</i>	34
CONCLUSIONI	38
BIBLIOGRAFIA	41

Ricerca svolta con il contributo
dell'Università degli Studi di Udine

PROPRIETÀ LETTERARIA RISERVATA

Ai sensi della legge sul diritto d'autore e del codice civile è vietata la riproduzione di questo libro, o parte di esso, con qualsiasi mezzo (elettronico, meccanico, fotocopie, microfilms, od altro).

Finito di stampare nel mese di giugno 2002

WM GROUP srl - Via Paola Falconieri, 110 - Roma

Peraltro, a dieci anni dalla Riforma, il percorso compiuto sembra essere ancora modesto.

Lo stesso percorso di aziendalizzazione³ delle strutture sanitarie orientato al miglioramento della gestione e del controllo sulle attività svolte dalle unità sanitarie locali e dalle strutture ospedaliere, si trova tuttora "sospeso" e spesso è stato interpretato in modo scorretto equiparando le aziende sanitarie pubbliche alle imprese, focalizzando la gestione esclusivamente sulla minimizzazione dei costi se non addirittura sulla massimizzazione degli utili (Rapporto Oasi, 2001).

Il presente lavoro indaga le ragioni di tale rallentamento sostenendo che un'interpretazione autentica delle Riforme e del connesso processo di aziendalizzazione debba passare attraverso una valorizzazione delle conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie per giungere ad una revisione dei meccanismi operativi previsti dal Legislatore a supporto del processo di cambiamento.

Il riesame dei meccanismi operativi, quali il sistema di controllo, il sistema informativo, il sistema degli incentivi e l'attività di formazione, affinché gli stessi possano esercitare un effetto leva sui processi di cambiamento in corso nelle aziende sanitarie, richiede innanzitutto di ripensare l'azienda sanitaria come una piattaforma di conoscenze dove sono compresi conoscenze tacite ed esplicite localizzate nelle persone e nelle unità organizzative. Si sostiene così che l'efficacia e l'efficienza di un meccanismo operativo all'interno delle aziende sanitarie debba essere analizzata in relazione alle potenzialità dello stesso di *facilitare* i processi di arricchimento e di diffusione delle conoscenze che determinano a loro volta i comportamenti dei soggetti.

Questo lavoro intende concentrarsi sul riesame dell'azienda sanitaria

³ Con la locuzione "processo di aziendalizzazione" si fa riferimento al percorso di cambiamento avviato dal D.Lgs. 502/92 ed ancora in atto che interessa le realtà operative nel sistema sanitario nazionale. Le innovazioni fondamentali alle quali si fa implicitamente riferimento sono l'introduzione della logica della competizione amministrata tra strutture sanitarie pubbliche e private, la definizione di principi e criteri informativi degli assetti organizzativi delle strutture aziendali e degli organi ad esse preposti, il sistema di finanziamento a prestazione come strumento di finanziamento delle attività e di regolazione degli scambi all'interno del mercato regolamentato ed infine il sistema dei controlli come strumento di conoscenza, nelle mani del Direttore Generale, degli scambi interaziendali di prestazioni sanitarie e dell'andamento della gestione economico-finanziaria dell'azienda. In relazione agli obiettivi generali della riforma, quali il decentramento e la responsabilizzazione delle unità operanti sul territorio, il processo di aziendalizzazione prevede che le aziende siano dotate di personalità giuridica pubblica, di effettiva autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica fermo restando il vincolo di esprimere il bisogno socio-sanitario delle comunità locali di riferimento. Si veda per approfondimenti Anselmi 1995, 1998, AA.VV. 1998.

Introduzione

La crisi del Welfare State e la crescita incontenibile dei costi dell'assistenza, come anche della previdenza, non più compatibile con gli attuali modelli di sviluppo economico, impone da alcuni anni agli organi di governo del Sistema Sanitario Nazionale di rivedere alla luce degli scenari sociali, demografici e finanziari, le politiche sanitarie di intervento attuate sulla spesa sanitaria e il processo di riconversione delle strutture verso forme gestionali di matrice aziendale avviato con il Decreto 502/92.

Innanzitutto emerge come l'impossibilità, dato l'attuale quadro economico, finanziario e politico, di fronteggiare un aumento della domanda di benessere oltre che di salute, con un'espansione continua delle risorse da destinare al Sistema Sanitario Nazionale, condizioni fortemente le scelte di intervento nel settore sanitario.

Assieme all'incertezza sull'ammontare delle risorse disponibili di anno in anno¹, le aziende sanitarie scontano sia un'elevata complessità del contesto di produzione e di erogazione delle cure², sia un aumento della variabilità e della complessità della domanda di cura correlata anche ad un innalzamento del livello dei bisogni dei cittadini. Così la consapevolezza di una variazione della composizione nella domanda, di una sempre maggiore complessità del contesto e delle tecnologie unitamente ad una scarsità delle risorse a disposizione, hanno condotto lo Stato ad adottare una strategia di riorientamento del sistema sanitario nel suo complesso, adottando meccanismi di razionale allocazione delle risorse delineando un rapporto nuovo con l'utenza, fondato su una maggiore consapevolezza dei diritti e delle esigenze dei cittadini ed al tempo stesso dei limiti delle risorse (Fontana 1998).

¹ Le Regioni sono orientate a una semplificazione del peso da assegnare alla quota capitaria e all'approfondimento degli effetti dei vari meccanismi tariffari. Le Regioni tendono a ridurre la quota di risorse assegnata su base straordinaria, a privilegiare la contrattazione fra aziende o con la Regione come strumento decretato per governare la spesa (Rapporto Oasi 2001).

² L'introduzione di tecnologia sempre più sofisticata e di nuove tecniche di cura ha richiesto alle realtà operative in esame di ricercare una sempre maggior specializzazione e differenziazione delle figure mediche e tecniche.

come piattaforma di conoscenze in quanto punto di partenza comune per ogni analisi successiva sui singoli meccanismi operativi.

Un rilancio del processo di aziendalizzazione ad avviso di chi scrive passa infatti proprio attraverso una riscoperta delle conoscenze esistenti nell'organizzazione sanitaria e una loro sistematizzazione che prelude poi ad ogni processo di gestione delle stesse.

1. Il processo di aziendalizzazione

Il processo di cambiamento ancora in atto nel sistema sanitario italiano trova la sua prima base normativa di maggior rilievo nei D.Lgs. 502/92 e 517/93 come modificati ed integrati da interventi successivi.

La Riforma del 1992, pur nella continuità del modello istituzionale del Servizio Sanitario Nazionale, introdusse alcune innovazioni importanti tese a divenire gli elementi costitutivi di una realtà organizzativa e gestionale che avrebbe dovuto essere in grado di coniugare economicità, qualità ed equità nei processi di produzione ed erogazione delle prestazioni socio-sanitarie.

La Riforma indicava accanto agli obiettivi del sistema, quali economicità, equità e qualità, il percorso prescelto per conseguirli: la trasformazione delle Usl e degli ospedali in aziende, l'istituzione nelle aziende della figura del Direttore Generale (il cui contratto è di natura privatistica), l'introduzione di una contabilità economico patrimoniale, la creazione di mercati di prestazioni sanitarie fondati su un sistema di prezzi tariffati, sulla competizione tra strutture pubbliche e quelle private accreditate e sulla libera scelta dell'utente, il sistema di finanziamento a prestazione.

Le innovazioni fondamentali introdotte nel Sistema, alle quali si fa implicitamente riferimento quando si parla di *processo di aziendalizzazione*, possono essere individuate nell'introduzione della logica della competizione amministrata tra strutture sanitarie pubbliche e private, nella definizione di principi e criteri informatori degli assetti organizzativi delle strutture aziendali e degli organi ad esse preposti, nel sistema di finanziamento a prestazione come strumento di finanziamento delle attività e di regolazione degli scambi all'interno del mercato regolamentato, ed infine nel sistema dei controlli come strumento di conoscenza, nelle mani del Direttore Generale, degli scambi interaziendali di prestazioni sanitarie e dell'andamento della gestione economico-finanziaria dell'azienda.

Peraltro il termine aziendalizzazione viene spesso utilizzato come sinonimo di cambiamento quando si vogliono descrivere le dinamiche evolutive

del sistema sanitario italiano.

Il rischio che si sta correndo è quello di fermarsi ad un restyling formale delle strutture operative sanitarie, dotandole di tutti requisiti teorici per essere definite aziende (autonomia organizzativa, gestionale, patrimoniale contabile e tecnica, contabilità economico-finanziaria e organi aziendali, in particolare un direttore generale, un direttore amministrativo e un direttore sanitario) senza procedere ad una concreta e sostanziale riprogettazione della struttura organizzativa, dei ruoli dei meccanismi operativi che consentono l'introduzione, poi, di logiche gestionali differenti.

Nel D.Lgs. 229/99 il Legislatore sembra aver fatto propria tale preoccupazione, quando all'art. 3 prevede al comma 1 bis che le unità sanitarie locali si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale e che la loro organizzazione e funzionamento vengono disciplinati con atto aziendale di diritto privato. Con l'atto aziendale l'azienda deve individuare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale, soggette a rendicontazione analitica. La riprogettazione delle strutture organizzative e dei meccanismi operativi principali (Rebora, 1998; Mintzberg, 1983) viene considerata così un passaggio fondamentale ed obbligato per ottenere un'implementazione del processo di cambiamento del sistema sanitario, orientato al conseguimento dell'obiettivo di massima efficienza attraverso la riduzione dei costi dei fattori di produzione, senza inficiare la qualità del prodotto.

2. La riforma del sistema sanitario nazionale: il meccanismo del controllo

Nella Riforma un ruolo di particolare rilievo è attribuito ai meccanismi operativi di programmazione e controllo in quanto strumento critico per poter assumere consapevolmente le decisioni all'interno delle aziende sanitarie (Bastia, 1998; Anselmi, 1998).

Così, nell'ambito del processo di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, il Legislatore ha riconosciuto al sistema di controllo interno la funzione di verificare gli equilibri economici delle gestioni (art. 8, comma 6), fondati sulla tenuta di una contabilità generale secondo gli obblighi del Codice Civile e di una contabilità analitica per centri di costo con lo scopo di rendere possibili analisi comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati (D.Lgs. 502/92 art.5 lettera d).

Il ruolo assegnato al controllo è stato poi arricchito con il D.Lgs. 229/99 attribuendo ad esso anche la revisione e valutazione della pratica clinica e assistenziale e la misurazione dei risultati al fine di valutare l'operato dei manager sanitari e gestionali⁴.

Guardando all'insieme delle aspettative riposte dal Legislatore nell'introduzione e nella struttura del sistema di controllo è possibile evidenziare come esso sia inteso come il processo per mezzo del quale chi dirige l'organizzazione si assicura che le risorse siano acquisite e usate con efficienza nella realizzazione degli obiettivi (Anthony, 1967; 1984; Amigoni, 1979; Flammholtz, Das Tsui, 1986; Ferrero, 1980; Mundel, 1967; Merchant, 1983).

All'interno di tale visione prettamente direzionale del controllo è possibile poi distinguere nell'analisi una dimensione statica, la struttura, da una

⁴ Con il D.Lgs. 229/99 è emersa una certa consapevolezza pratica dell'insufficienza del solo strumento economico finanziario ai fini di un controllo sull'operato dei componenti delle strutture operative nel S.S.N., in quanto lo stesso oggetto del controllo passa dalla sola gestione economico finanziaria e suoi risultati ai risultati e alle responsabilità sia gestionali che professionali (comma 5, art.15 D.Lgs. 229/99) richiedendo così l'individuazione di ulteriori strumenti di controllo quale il procedimento di accertamento dei requisiti formali sulla formazione delle figure professionali (certificato di frequenza) e strumenti orientati alla verifica della scelta e dell'uso dei fattori produttivi (SDO, cartelle cliniche...)

dinamica costituita dal processo di controllo (Brunetti, 1980). La struttura del controllo può a sua volta distinguersi in struttura organizzativa del controllo, data dall'articolazione delle responsabilità economiche, e in struttura tecnico contabile costituita dall'insieme di strumenti di misurazione economica degli obiettivi e delle prestazioni che consentono lo svolgimento del controllo di gestione (Brunetti, 1980).

La struttura organizzativa del controllo nelle aziende sanitarie si fonda sull'individuazione di responsabilità economiche individuali correlate principalmente alla rilevazione dei costi analitici (Santesso, Sostero, 1987). Si ha, pertanto, in ogni azienda un'articolazione della struttura del controllo in centri di costi che coincidono con le singole attività di reparto, in centri di responsabilità che spettano alla direzione delle unità operative, e in aggregazioni di responsabilità economiche a livello di strutture operative; risalendo ancora lungo la linea gerarchica vi è il direttore sanitario come responsabile di tutte le strutture operative di un'azienda sanitaria, e il Direttore generale le cui responsabilità comprendono anche le azioni amministrative delle strutture che fanno riferimento al Direttore amministrativo. Le aggregazioni che interessano i diversi livelli organizzativi sono fisse per ogni azienda sanitaria, quello che può variare è il numero delle strutture, o delle unità che vi appartengono in relazione alle diverse realtà aziendali.

La struttura organizzativa del controllo si configura, in ogni azienda, come una struttura funzionale accentrata dove le responsabilità economiche degli individui sono fondate principalmente su un sistema di rilevazione e attribuzione di costi.

La difficoltà di correlare univocamente un impiego di risorse al raggiungimento di determinati risultati-obiettivo, o in altre parole l'incapacità di definire a priori e a posteriori il rapporto mezzi fini che caratterizza le attività dei soggetti che vi operano, sembrerebbe impedire un decentramento effettivo e non solo formale delle responsabilità economiche (Collini, 1991).

Con riferimento ai principali strumenti che compongono la struttura tecnico contabile, è possibile osservare come accanto alla contabilità economico patrimoniale, e ad alcuni specifici strumenti orientati alla verifica della scelta e dell'uso dei fattori produttivi, il Legislatore abbia individuato nella contabilità analitica lo strumento principale attraverso il quale l'alta direzione può esercitare il controllo sulla gestione delle strutture sanitarie in quanto aziende (Zangrandi, 1988; Coperchione, Elefanti, Francesconi, Zuf-

fada, 1990; Borgonovi, 1990, 1996).

Il processo di controllo direzionale è di tipo deterministico e opera nelle aziende sanitarie limitandosi ad insistere sulle attività dei manager con particolare riguardo ai risultati della gestione economico finanziaria e patrimoniale operando sulla base di una struttura gerarchica (Anthony, 1967; Anthony, Young, 1988; Cosentini, 1997). La natura deterministica del processo fa sì peraltro che le fasi del processo vengano implementate attraverso una modalità quasi esclusivamente top-down, ossia dalla direzione alla linea intermedia. Infine il processo di controllo nelle aziende sanitarie presenta un'area di massima criticità nella fase di misurazione dei risultati e di individuazione delle soluzioni correttive in grado di migliorare la gestione e il controllo della stessa.

Quanto emerge dall'analisi delle norme sul Riordino del sistema sanitario nazionale è, pertanto, una concezione del controllo fondata sulla supervisione gerarchica dove alle responsabilità organizzative vengono associate acriticamente responsabilità economiche, avvalendosi di un insieme di strumenti essenzialmente di matrice contabile per la verifica dell'operato in relazione agli obiettivi prefissati.

Inoltre, nonostante il Decreto 502/92 avesse vincolato le Regioni e le aziende sanitarie ad adottare tempestivamente tali strumenti di controllo, in quanto possibili meccanismi di accelerazione del cambiamento, si registra ancora dopo dieci anni un forte ritardo, che si ripercuote anche sull'incapacità di controllare adeguatamente la formazione del deficit sanitario annuale del sistema⁵.

Così l'introduzione del controllo a livello aziendale non solo non sembra esercitare un adeguato ruolo di supporto al processo di aziendalizzazione ma addirittura si è posto in alcuni casi come ostacolo allo sviluppo qualitativo e quantitativo delle strutture sanitarie.

L'insufficienza delle risorse economiche e finanziarie è connessa infatti anche alla limitata capacità della direzione di indirizzare i comportamenti degli operatori ad un uso razionale dei mezzi a disposizione.

⁵ La scarsa attendibilità delle informazioni contabili e i limiti propri dello schema di bilancio ministeriale rappresentano due rilevanti ostacoli all'esercizio del controllo sull'operato delle aziende sanitarie. Ancora, all'anno 2001, solo il 25% dei regolamenti aziendali ha messo in opera il processo di budget. Il 52% ha previsto tra le funzioni del responsabile di dipartimento la negoziazione del budget con la direzione aziendale per conto di tutte le unità operative coinvolte.

In particolare guardando alla contabilità analitica come strumento di controllo prescelto dal Legislatore per verificare i risultati della gestione delle aziende sanitarie è possibile osservare come la sua applicazione trovi rilevanti limiti sia tra i medici sia all'interno degli uffici amministrativi.

La semplice sovrapposizione della struttura del controllo per centri di costo e centri di responsabilità all'organizzazione dell'attività produttiva ed erogativa, riponendo così la responsabilità economica acriticamente dove già risiedeva la responsabilità del servizio di cura, non è stata sufficiente per mettere i responsabili nelle condizioni di controllare la formazione dei risultati sia medici che economici del proprio servizio.

Il medico trova difficoltà nel riconoscersi nel ruolo di responsabile di centro di costo in quanto non è in grado con gli strumenti contabili a disposizione di conoscere e controllare concretamente la formazione delle cifre delle quali è responsabile⁸.

Allo stesso modo gli addetti all'amministrazione si trovano a scomporre, in modo analitico e in relazione ad una visione burocratica della realtà dell'azienda, tutte le attività svolte in capo alle diverse funzioni ricostruendo una gerarchia di costi per prodotto ed individuando delle chiavi di ripartizione dei costi indiretti spesso arbitrarie o soggettive. In questo modo si ottengono dei costi di prodotto eccessivamente falsati in relazione all'immissione che essi sono chiamati a dare della realtà, oltre al fatto che tali metodologie d'imputazione obbligano nella pratica a definire una sola chiave di ripartizione, il volume dei prodotti realizzati, che conduce ad una visione troppo riduttrice dei fenomeni reali dei processi di cura presenti nelle aziende sanitarie (Savall, Zardet, 1992).

D'altra parte un sistema di controllo totale, fondato sulla contabilità analitica, richiederebbe, per essere esaustivo, un elevato grado di scomposizione della realtà che risulterebbe troppo costoso da realizzare, di impedimento ad una rapida e significativa comprensione dei risultati così calcolati e fattore di criticità nell'analisi degli scarti.

Si può sottolineare infine come il sistema di controllo rappresenti, in ogni caso, solo uno degli elementi necessari per cogliere e misurare la per-

⁸ Come riportano Faujour e Biron, "i capi dei servizi non mancano di osservare che l'attenzione che essi danno agli strumenti di gestione li porta a trasformarsi in gestori piuttosto che avere a cuore di fare bene il proprio mestiere, quello del clinico. Il perché risiede nel fatto che gli strumenti di gestione attuale non consentono di spiegare la formazione del costo di ciascun GHM - leggi in Italia DRG - e perché si rivela indispensabile ridefinire lo spazio dei medici nella gestione attraverso la promozione della valutazione medica" (Faujour, Biron, 1998).

3. La misurazione dei risultati

La configurazione del meccanismo operativo di controllo voluta dal Legislatore del 1992 e confermata, seppure con alcune integrazioni, anche dalle modifiche successive, si scontra nella realtà operativa con due aspetti di rilievo connessi alla misurazione dei risultati e alla natura stessa delle aziende sanitarie.

E' possibile osservare come gli stessi aspetti costituiscano la base di riflessione anche per il funzionamento degli altri meccanismi operativi previsti all'interno delle strutture sanitarie.

Con riferimento al primo, si sostiene che la misurazione dei risultati dell'attività degli operatori presenta delle difficoltà tecniche connesse al fatto che si opera in assenza di parametri di misurazione oggettiva e di valutazione del prodotto, rappresentato dalla prestazione sanitaria, complessa e ad un tempo differente da paziente a paziente⁷.

Le difficoltà vengono accentuate poi dal fatto che il momento della misurazione e valutazione delle performance individuali non dovrebbe coincidere con la misurazione del prodotto cura in quanto tale all'istante in cui viene erogato al paziente, ma deve considerare il processo di produzione della cura e la soddisfazione del paziente in relazione alle cure ricevute.

L'impossibilità o la difficoltà di determinare in modo quantitativo tali componenti del risultato viene amplificata dalla presenza all'interno dell'organizzazione sia di un elevato grado di specializzazione del corpo medico sia di una distanza culturale che separa lo stesso dalle strutture amministrative e contabili⁸.

⁶ Le principali dimensioni della performance per le strutture sanitarie possono essere individuate nelle seguenti: 1. accesso all'assistenza; 2. capacità di erogare assistenza; 3. aspetti della performance tecnica; 4. aspetti della performance cognitiva; 5. appropriatezza dell'assistenza; 6. soddisfazione del paziente; 7. costi dell'assistenza; 8. costo dell'assistenza (AA.VV., 1996).

⁷ "Cette prise de conscience doit ensuite être relayée par la mise en oeuvre de nouveaux modes de management interne basés sur une très forte responsabilisation des acteurs à tous les niveaux de l'organisation: l'adhésion des médecins et des soignants à des projets médicaux institutionnels qu'ils ont contribué à définir permet de leur confier la réalisation d'objectifs négociés dans le cadre d'une délégation du pouvoir de décision" (Anhoury, Coiternent, 1998, pag. 403).

formance globale dell'azienda; la *gestione della performance* richiede che il controllo sia integrato con due aspetti della gestione più qualitativi costituiti dalla soddisfazione dei bisogni del cittadino e dall'implicazione delle risorse umane nelle attività erogative e produttive della prestazione sanitaria (Gumb, 1996; Anthoury, Cointement, 1998; Rossi, Scanabucci, 1999).

⁹ Nella letteratura francese sulla Pubblica amministrazione ed in particolare in relazione al mondo della sanità, si trova una forte convinzione che sia necessario passare da un controllo sulla gestione ad una gestione della performance per dare all'attività del controllo un significato e una funzione più aderente alle necessità della Direzione. Anthoury, Cointement osservano così: "C'est ce que proposent de réaliser de nouveaux outils qui intègrent non seulement des indicateurs financiers et économiques, mais aussi des indicateurs représentatifs des autres axes de gestion de la performance: ressources humaines, croissance et innovation des activités, satisfaction des clients... Seuls des tableaux de bord de ce type, qui mettent en perspective objectifs stratégiques, leviers d'action et résultats, permettront réellement de gérer globalement la performance à l'hôpital".

4. La natura professionale dell'organizzazione sanitaria

Un secondo ordine di limiti è connesso alla natura professionale dell'azienda sanitaria che condiziona sia la definizione della struttura organizzativa del controllo sia il funzionamento dello stesso.

L'aspetto più emblematico che caratterizza la normativa in oggetto in tema di controllo può essere riassunto nel non aver tenuto conto della particolare natura delle aziende di servizi sanitari, definibili come *sistemi a legame debole* in quanto organizzazioni con basso grado di correlazione causa-effetto tra *input* ed *output* della produzione delle cure¹⁰.

La difficoltà di individuare una perfetta correlazione input output è riconducibile all'incapacità di quantificare i risultati delle cure anche in termini economici e di correlare univocamente i mezzi e i comportamenti che li possono aver determinati.

La difficoltà di conoscere i comportamenti è correlata, a sua volta, alla scarsa omogeneità ai fini di una valorizzazione dei fattori che partecipano alla produzione di cure sanitarie. Si va, infatti, dal materiale di consumo, ai macchinari specifici per il reparto, ai servizi generali e alla manodopera che può presentare al suo interno un elevato grado di specializzazione e professionalità, e ciascuno di essi può essere assoggettato a differenti tipologie di valutazione.

La misurazione dei risultati dipende da elementi oggettivi (tempo, strutturazione, ecc...) e da elementi soggettivi che intervengono in sede di va-

¹⁰ Le aziende sanitarie, come sistemi a legame debole, presentano le seguenti peculiarità:

1. aziende di servizi caratterizzate dall'intangibilità del prodotto e dalla precisa collocazione territoriale;
2. aziende composte pubblicamente, vincolate sia al principio dell'universalità dell'assistenza ed alle modalità parzialmente erogative delle prestazioni, sia alla sovranità limitata per la dipendenza dagli indirizzi programmatici dei piani sanitari e regionali;
3. aziende altamente integrate, con la preponderanza di processi operativi internalizzati: ciò che produce forte rigidità strutturale, elevata complessità organizzativa e rischi di sotto-utilizzazione della capacità produttiva;
4. aziende che operano in assenza di pressione competitiva e di una tradizione depositaria di una cultura manageriale (Bastia, 1998, pag. 95)

lutazione. E' ipotizzabile, infatti, che il professionista detenga un maggior controllo sul proprio operato in virtù delle conoscenze specialistiche che possiede e che gli conferiscono un potere di modificare i propri comportamenti maggiore rispetto a qualunque altro soggetto nell'organizzazione. E, quando sceglie di appartenere ad una struttura aziendale, accetta esplicitamente attraverso un contratto di limitare la propria libertà riconoscendo un'autorità legittima in grado di fornire allo stesso una garanzia del rispetto della norma di reciprocità tra contributo e prestazione.

Nel nucleo operativo di una burocrazia professionale il professionista opera sulla base delle proprie conoscenze e all'interno di paradigmi scientifici ben noti, alla ricerca del miglior equilibrio tra mezzi e finalità da perseguire. Affinché tale operato sia allineato con gli obiettivi dell'organizzazione la direzione interviene con un'attività di controllo che sarà tanto più sviluppata quanto maggiormente viene percepito dalla Direzione il grado di discrezionalità dei professionisti. Peraltro, la stessa razionalità con cui opera il professionista non è perfetta: egli ricorre ad una struttura e rinuncia a parte della propria autonomia professionale anche per motivi di sicurezza oltre che per usufruire di strutture e di economie delle conoscenze.

Se, quindi, la struttura organizzativa del controllo nelle aziende sanitarie si fonda su una forma gerarchica è possibile osservare come l'elevata incertezza nella definizione del rapporto mezzi-fini e la presenza di razionalità limitata degli individui abbia, fin dall'inizio, richiesto e in parte continui a richiedere, a livello nazionale, uno sforzo di scomposizione dei problemi in sotto problemi alla ricerca di una formalizzazione dei flussi di lavoro e di un sistema di procedure che possa essere accettato e utilizzato in modo neutrale da ogni struttura aziendale (Simon, 1947; March, Simon, 1958). L'esempio per eccellenza di un sistema di controllo che opera all'interno delle strutture aziendali e che è frutto di una elaborazione di norme ad opera del Ministero (organo esterno all'attività aziendale) preposto alla direzione della struttura burocratica nazionale della Sanità, è rappresentato dall'insieme dei protocolli di cura (Sostero, Santesso, 1987)¹¹. Accanto ai

11: Un tentativo di standardizzare i processi di lavoro che caratterizzano le attività del nucleo si può ritrovare, infatti, nella formulazione dei *protocolli terapeutici* definiti dal Ministero della Sanità, nei quali sono predeterminate le modalità di diagnosi, sorveglianza e trattamento da utilizzare nel corso dell'evoluzione prevista di ogni malattia. In questo modo i protocolli divergono dalle procedure in cui trovano codifica, con riferimento ad una particolare malattia, da una parte le fasi logiche e le azioni che devono essere seguite, dall'altra la tecnologia e i gruppi di medicinali che devono essere impiegati. Per tutte le attività rientranti in quelle definite dai protocolli terapeutici, pertanto il controllo di efficacia può essere realizzato attraverso il confronto delle azioni specifiche attuate con quelle previste dal protocollo.

protocolli vi sono, come strumento di controllo, anche le *best practices* internazionalmente riconosciute ma la loro formalizzazione è avvenuta all'esterno dell'organizzazione nazionale della sanità.

Se si rimane all'interno di una concezione direzionale del controllo come voluta dalla Normativa tali regole di comportamento avrebbero dovuto trovare maggiore formalizzazione a livello aziendale; così non è accaduto perché ci si scontra con l'impossibilità di considerare i membri del nucleo operativo, i professionisti, come i soggetti passivi (soggetti destinatari) di un processo di standardizzazione dei compiti di lavoro.

Le strutture aziendali si trovano in una situazione di "blocco informativo" provocata dal nucleo operativo e che non consente di procedere ad una standardizzazione dei compiti di lavoro né, tantomeno, ad una standardizzazione degli *output*, in quanto le attività non presentano i requisiti della ripetitività e della programmabilità.

La configurazione della struttura organizzativa del controllo, così come emerge dall'analisi della normativa, sembra così contribuire ad accentuare la distinzione tra un orientamento al processo di cura di ciascun paziente considerato nella sua individualità e un'attenzione alle cure come prodotti, che sottende una visione generale della struttura nell'esercizio delle sue attività aziendali.

La conflittualità latente presente tra il sistema dei valori e degli obiettivi dei professionisti e quello dell'organizzazione, porta così i professionisti stessi a vedere il sistema di controllo come un corpo estraneo di cui non si può fare a meno e che si sovrappone alla struttura gerarchica già esistente rafforzandola soprattutto nei suoi limiti gestionali.

Nella matrice (Tabella 1) vengono evidenziati a quale livello di analisi gli organi dell'azienda sanitaria intervengono con riferimento ai processi o all'*output* dell'attività aziendale.

	PROCESSO	PRODOTTO
Singolo caso clinico	di cura medici	- cura paziente
I casi della struttura	Alfa direzionale	Amministra- tivi

Tabella 1.- I due livelli di analisi dei processi e dei prodotti nell'azienda sanitaria

La matrice permette di individuare con chiarezza almeno quattro differenti posizioni che vengono assunte all'interno di ogni organizzazione sanitaria a carattere locale.

Una prima posizione è quella della Alfa Direzione, Direttore generale, direttore amministrativo e direttore sanitario, che pur avendo una visione d'insieme dell'azienda come sistema produttivo dovrebbe dimostrare una buona conoscenza anche dei processi di cura che si svolgono nel nucleo operativo.

Diversamente una seconda può essere identificata nel paziente nel momento in cui entra in contatto ed interagisce con la struttura aziendale solamente per ricevere una prestazione sanitaria che soddisfi al meglio le sue specifiche necessità di cura.

La terza visione, che si potrebbe definire individualistica, è riconducibile all'approccio che assume il medico di fronte ad un paziente, individuando la patologia e progettando il processo di cura ad hoc per il paziente stesso.

Infine, il concetto di struttura sanitaria come azienda produttrice ed erogatrice di un sistema di prodotti/cure è proprio, invece, degli operatori amministrativi che prendendo le distanze da un approccio basato sul singolo caso clinico, affrontano la analisi della gestione considerandola nell'insieme.

Tale situazione porta i medici ad accettare con grande difficoltà, ed in ogni caso senza una partecipazione costruttiva, l'impiego di strumenti contabili finalizzati alla determinazione dei costi e delle performance dei servizi e della struttura, *outputs* che si sono rivelati in difficoltà nel cogliere gli aspetti qualitativi della prestazione di servizio erogata dagli stessi professionisti ed il rischio implicito in ogni attività clinica.

5. La sfida: razionalizzare e controllare la decisione medica

Razionalizzare la decisione medica significa sviluppare la misura e la valutazione dopo essere riusciti ad individuare in relazione a quali norme e a quali criteri riportare le scelte dei medici sulle procedure e mezzi utilizzati per realizzare il percorso diagnostico prescelto (Dagognet, 1998).

La sfida si sostanzia, quindi, nel riuscire a realizzare una valutazione medico-economica che sia in grado di ottimizzare il consumo delle risorse limitate salvaguardando la qualità della prestazione; in altri termini quella che possiamo definire un'etica della responsabilità all'interno della più ampia etica professionale del medico. "*Il est dépendant indéniabile que les décisions prises par le médecin pour chaque patient réduisent le montant des ressources disponibles pour d'autres membres de la communauté*" (Grenier, 1998).

L'opportunità di vincere tale sfida dipende dal grado di adeguatezza degli strumenti operativi in essere nelle aziende sanitarie a rilevare le informazioni e ad influenzare il comportamento degli operatori professionisti sia a livello individuale che di gruppo (Airoldi, 1980).

Con riferimento al sistema del controllo aziendale quale uno dei meccanismi operativi sembra possibile osservare come la scelta legislativa non consenta alla direzione di intervenire sui comportamenti dei professionisti orientando le loro azioni verso il conseguimento degli obiettivi e finalità dell'organizzazione sanitaria (Sosterio, Santesso, 1987); piuttosto consente alla direzione di ottenere i soli risultati in termini di ricavi e costi della gestione (Bastia, 1998)¹².

¹² Allo scopo il Legislatore ha obbligato le aziende sanitarie a dotarsi degli strumenti di controllo tradizionalmente presenti nelle aziende industriali, limitandosi agli stessi senza prendere in esame tecniche e strumenti di controllo differenti facendo riferimento alle caratteristiche particolari del contesto aziendale di applicazione. Accanto alla necessità di contenere i costi è possibile considerare anche la convinzione che non fosse possibile introdurre nuovi schemi di controllo in una realtà aziendale, quella delle aziende sanitarie, dove la cultura e la prassi dei controlli dei costi erano ancora sconosciute, ma che sia necessario introdurre il sistema tradizionale di controllo per provocare all'interno della struttura aziendale un'evoluzione verso logiche differenti che rispecchiano maggiormente la natura di tali aziende.

- l'attività di formazione è affidata principalmente all'esterno della struttura¹³, è prevalentemente a carattere individuale ed obbligatorio.

Si evidenzia così come il ridimensionamento del processo di aziendalizzazione sia connesso all'adeguatezza degli strumenti operativi previsti, inadeguatezza a sua volta è riconducibile ad una visione "distorta" della realtà organizzativa delle aziende sanitarie.

6. I termini del problema

Il passaggio da una descrizione dello stato dell'arte del processo di aziendalizzazione alla individuazione di un'ipotesi di superamento dell'*em-passe* richiede la focalizzazione sui termini del problema.

I termini del problema possono essere articolati in relazione alla struttura organizzativa:

- l'azienda sanitaria è una organizzazione professionale nella quale esiste una rilevante dissociazione tra la logica medica e la logica amministrativa nei processi decisionali (Crozier, 1995);
- il corpo medico dispone di una rilevante autonomia correlata soprattutto ad un aumento del grado di specializzazione in relazione alla crescente complessità della domanda di cure (Rebora, 1998; Mintzberg, 1983).

Con riferimento invece ai meccanismi operativi:

- la direzione aziendale necessita di strumenti di intervento sui comportamenti dei medici nell'esercizio della loro attività e nella definizione delle strategie mediche sui percorsi di cura in relazione ai singoli pazienti (Argyris, Schon, 1996);
- in particolare, gli strumenti del controllo direzionale, quali contabilità generale, contabilità analitica, standard e budget, permettono alla direzione di incidere soprattutto sulle conseguenze economiche finanziarie del comportamento degli operatori;
- il sistema informativo risente di un'impostazione contabile che accentua il divario tra orientamento gestionale dei professionisti medici e quello degli amministrativi;

¹³ Recentemente è stato avviato il progetto Ecm (Educazione medica continua), unico progetto in Europa a prevedere l'aggiornamento per tutte le professioni sanitarie attraverso un meccanismo di riconoscimento di crediti di formazione da parte di istituti qualificati in relazione alla formazione erogata essenzialmente a medici ed infermieri. Le principali difficoltà all'avvio di tale progetto risultano essere le lente e difficoltose procedure di accreditamento delle strutture adibite all'erogazione della formazione continua che stanno portando le stesse aziende sanitarie a pensare di trasformarsi in produttrici di eventi formativi (Fonte: Il Sole 24 Ore 1.14.2002).

cratico professionale e i suoi membri (Mintzberg, 1983; Rebor, 1998). Le aziende sanitarie costituiscono una realtà dove la conoscenza posseduta dagli individui che operano nella produzione dei servizi sanitari non "riesce a penetrare nel flusso dei pensieri e delle azioni propriamente organizzative e pertanto le organizzazioni si trovano a sapere meno dei loro membri" (Argyris, Schon, 1996). Se le organizzazioni sanitarie sono ambienti che preservano le conoscenze nelle menti delle singole persone, in particolare dei professionisti che operano nel nucleo operativo, un approccio di *learning organization* (Argyris, Schon, 1978; Buckler, 1998; Pedlar, Boydell, 1991) allo studio di tali realtà porterebbe ad affermare che la conoscenza di ciascun professionista ha di per se stessa un valore limitato e può divenire invece un fattore determinante nella creazione di valore quando l'azienda è in grado di mettere in moto i meccanismi più adatti per sviluppare, utilizzare e misurare tali conoscenze a livello individuale ed organizzativo (Garavan, 1998; Grandori, 1998; De La Ville, 1998; Quagli, 2001).

Ikujiro Nonaka è forse lo studioso che ha contribuito maggiormente a dare piena valenza manageriale alla gestione della conoscenza elaborando un modello esplicito della creazione e della diffusione della conoscenza (Nonaka, 1988; 1991; Nonaka, Takeuchi, 1995)¹⁴.

Il modello di Nonaka, infatti, partendo dal presupposto che la distinzione tra conoscenza tacita e conoscenza esplicita rappresentano nella realtà due fasi di uno stesso ciclo di sviluppo delle conoscenze, consente l'individuazione di specifici accorgimenti organizzativi quali strumenti di creazione e gestione delle conoscenze.

Così facendo riferimento agli studi sull'apprendimento organizzativo e sugli strumenti di gestione delle conoscenze, il problema si presenta nei seguenti termini:

- l'azienda sanitaria viene studiata come una piattaforma di conoscenze dove sono compresi conoscenze tacite ed esplicite localizzate nelle

¹⁴ Il modello prevede quattro fasi in cui si sviluppa il ciclo di creazione della conoscenza: socialization, articulation, combination, internalization. La conoscenza sorge quasi sempre in forma tacita, connessa a particolari processi di apprendimento individuali, spesso derivanti da esperienze empiriche. La socializzazione rappresenta un passaggio implicito/esplicito cioè la condivisione di conoscenze tra operatori in modo informale. L'articolazione richiede invece l'esplicitazione delle conoscenze implicite, attraverso la compilazione di documenti formali. La combination è la fase dove avvengono le ricombinazioni delle conoscenze già esistenti ed esplicitate. L'internalization attiene ad un passaggio esplicito/implicito con il quale gli individui che operano nell'organizzazione internalizzano le conoscenze così come elaborate e arricchite dall'organizzazione. Si veda per una rassegna dei contributi recenti al modello originario (Quagli, 2001).

7. Il quadro teorico di riferimento

Dall'analisi dei termini del problema emerge la presenza predominante di medici all'interno della struttura organizzativa e una difficoltà dei meccanismi operativi di permettere la modifica dei comportamenti soprattutto dei medici stessi.

Riconoscendo un ruolo centrale ai professionisti nell'azienda sanitaria, sia essa ospedaliera o territoriale, è possibile osservare come il contenuto del loro lavoro sia il frutto di un insieme di conoscenze sulle relazioni tra problemi e soluzioni in grado di massimizzare il risultato della prestazione in presenza di determinate condizioni di contesto.

La Direzione aziendale, peraltro, ha interesse affinché il risultato professionale sia in linea con le finalità sociali che animano la formulazione degli obiettivi generali dell'organizzazione. Così la presenza di meccanismi operativi in grado di intervenire anche sulle azioni dei professionisti diviene fondamentale per la Direzione aziendale al fine di far convergere nelle aziende sanitarie gli obiettivi individuali (carriera, soldi, sperimentazioni, cura al singolo paziente) con gli obiettivi dell'organizzazione (quali socialità del servizio sanitario, riduzione dei costi...) e così gli obiettivi sanitari con quelli economici.

Individuata la centralità delle conoscenze e il loro ruolo fondamentale nella spiegazione delle dinamiche soggettive che determinano il comportamento delle aziende sanitarie, si è prescelto quale orizzonte teorico di riferimento per affrontare la soluzione del problema posto in questo lavoro, il fine di studi sull'apprendimento organizzativo (Huber, 1991; Argyris, Schon, 1979; 1996; Kim, 1997; De La Ville, 1998).

L'apprendimento organizzativo viene definito come il miglioramento basato sull'esperienza nella realizzazione dei compiti organizzativi messo in atto dai singoli decisori e progressivamente codificato in mappe, memorie e programmi dell'organizzazione (Moretti, 1997).

Si è portati, così, a riconsiderare il rapporto tra un'organizzazione buro-

- persone e/o nelle unità organizzative;
- in tale contesto aziendale si studia il meccanismo operativo di controllo come uno strumento per la gestione delle conoscenze presenti nelle organizzazioni sanitarie (Argyris, Schon, 1978; 1996; Buttignon, 1996; Darling, 1996; Davenport, Jarvenpaa, Beers, 1996; De Leo, 1996; 1998; Compagno, 1999); esso deve insistere sulla individuazione e riorientamento delle conoscenze che portano di caso in caso all'adozione di differenti comportamenti organizzativi e non solamente sugli effetti degli stessi;
- la priorità assoluta è l'individuazione del processo di creazione e diffusione delle conoscenze all'interno delle aziende sanitarie e verificare le possibilità del sistema di controllo, così come degli altri meccanismi, di operare in qualità di *facilitatore* dei processi di conversione delle conoscenze da tacite ad esplicite e di condivisione delle stesse tra gli operatori¹⁵.

L'importanza di riconoscere al controllo la funzione di *facilitatore* nel processo di riequilibrio e di sviluppo di un corpus di conoscenze organizzative incorporate in routine (Nelson, Winter, 1982; Winter, 1988; Warglien, 1990) e in pratiche codificabili è conseguenza dell'esigenza di attribuire efficacia ed efficacia ad un meccanismo operativo del controllo che opera all'interno di strutture, quelle sanitarie, fortemente sbilanciate a favore di una dimensione individuale della conoscenza (Butera, Donati, Cesaria, 1997).

Conseguenza, quindi, di una rilettura dei limiti del sistema di controllo delle aziende sanitarie all'interno degli studi di knowledge management è un riequilibrio del ruolo dell'organizzazione come semplice ambiente che riserva la conoscenza a vera e propria agente in grado di rappresentare la conoscenza direttamente, incorporando strategie per eseguire compiti complessi nell'interesse della collettività alla quale si riferisce (Boisot, 1998; Nonaka, Toyama, Nagata, 2000)¹⁶.

¹⁵ Kogut e Zander osservano che "la codificabilità delle conoscenze fa riferimento all'abilità di strutturare la conoscenza in un sistema di regole e relazioni che possano essere facilmente comunicate" (Kogut, Zander, 1992).
¹⁶ È stato recentemente osservato come i concetti propri del knowledge management risultino essere molto vicini agli studi di economia aziendale tipici della dottrina italiana. La dottrina italiana infatti "non si preoccupa tanto di spiegare per quale ragione certe attività sono svolte sul mercato e altre in azienda ma centra la sua analisi sulle singole aziende e sugli elementi che ne determinano il comportamento. In particolare si sofferma principalmente sul profilo soggettivo della gestione, più trascurato nelle teorie contrattualistiche e dei costi di transazione" (Quegli 2001, pag.60).

8. Le aziende sanitarie come piattaforma di conoscenze

Per affrontare lo studio dei meccanismi operativi come facilitatori dei processi di gestione delle conoscenze nelle aziende sanitarie è necessario individuare, sia a livello individuale che a livello organizzativo (Kim, 1997), quali sono le basi di conoscenza che operano, chi sono i soggetti che prestano ai processi di apprendimento e quali sono o possono essere le relazioni tra le conoscenze individuali e organizzative.

L'azienda sanitaria viene così a qualificarsi non tanto come una struttura professionale correlata al numero elevato di professionisti che vi operano (Mintzberg, 1983) ma come una *piattaforma di conoscenze* che risiedono sia negli individui che nelle unità organizzative in cui essi operano (De Leo, 1996; 1998). L'arricchimento agli studi sulle aziende sanitarie, correlato all'assunzione di un approccio di *learning organization*, si manifesta in particolare nel guardare ai professionisti non più come unici detentori di tutte le conoscenze necessarie per la produzione e per la contestuale erogazione della prestazione sanitaria, bensì alla possibilità che le unità organizzative e l'organizzazione stessa nel suo complesso detengano direttamente delle conoscenze e che siano in grado di favorire un apprendimento diffuso. Sembrerebbe così allentarsi il binomio professionista-conoscenza a favore di un'indagine di più ampio respiro in grado di affrontare anche le esigenze di una razionalizzazione del sistema sanitario attraverso un riorientamento delle basi di conoscenza individuali e lo sviluppo delle stesse all'interno di un contesto organizzativo.

8.1. I professionisti nelle aziende sanitarie

La professione può essere definita come la modalità responsabile e socialmente riconosciuta con cui una persona esercita un ruolo in vista della gestione e dell'innovazione di processi definiti di servizio, modalità che richiede definite abilità e competenze e regole deontologiche fondate su cor-

pi di teorie e tecniche conseguite attraverso una storia di curriculum di studi ed esperienze che autorizzano la persona ad esercitare la professione (Buter, Donati, Cesaria, 1997). La professione, così configurata, non sembrerebbe essere il frutto di un allargamento delle mansioni (despecializzazione) quanto piuttosto il risultato di una differente concezione del lavoro e del rapporto tra persona, organizzazione ed oggetto dell'attività lavorativa. I professionisti, infatti, operano all'interno della struttura organizzativa con un elevato grado di discrezionalità decisionale e di autonomia di giudizio nel controllo del processo produttivo e una posizione di responsabilità di risultato verso terzi.

L'azienda sanitaria come piattaforma di conoscenze può essere studiata secondo due dimensioni differenti ma tra loro complementari: il professionista nella sua individualità¹⁷ e i gruppi di professionisti (Reed, 1996).

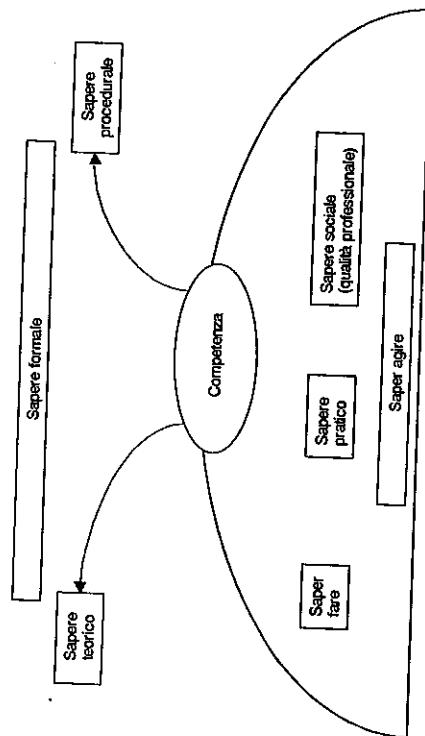


Figura 1 - Schema iceberg delle conoscenze

Come riportato in Figura 1 a livello individuale le competenze possono essere definite come una sintesi del sapere teorico e del sapere procedurale, sintesi che affonda le sue radici in un saper agire che difficilmente è og-

¹⁷In generale gli approcci riconducibili al filone cognitivista possono essere o approcci a livello organizzativo (Cohen et al., 1972; Nelson, Winter, 1982; Shrivastava, Schmidt, 1984), o approcci a livello individuale (Child, Dutton, Jackson, 1987; Fredrickson, 1984). L'approccio dell'apprendimento organizzativo conduce l'analisi della creazione e diffusione delle conoscenze sia a livello individuale che organizzativo (Ravagnani, 1996).

getto di un processo di codificazione.

Il sapere formalizzato è costituito da un insieme di conoscenze teoriche necessarie per la descrizione e la comprensione dell'azione e per creare nuove procedure al presentarsi di problemi differenti da quelli tradizionali e da un insieme di conoscenze procedurali attraverso le quali il sapere teorico trova la sua operatività in relazione allo scopo prefissato (i protocolli di messa in funzionamento di un respiratore all'interno di un servizio di rianimazione, etc.). La conoscenza esplicita, cioè quella conoscenza suscettibile di essere espressa tramite rappresentazioni verbali o numeriche, è il sapere formalizzato che rappresenta solo la punta dell'iceberg - *la conoscenza verbale e numerica non è altro che la punta di un iceberg, la conoscenza essendo in primis un evento tacito, qualcosa di difficilmente afferabile ed esprimibile* del complesso di conoscenze proprie di un individuo, in quanto "possiamo conoscere più di ciò che possiamo esprimere" (Polanyi, 1967). In particolare il saper agire che interviene durante lo svolgimento delle azioni da parte dei soggetti, si compone di un insieme di conoscenze sul fare che non sono altro che un repertorio di atti di cui il professionista dispone per compiere un'azione (ad esempio la tecnica per un prelievo del sangue o un taglio chirurgico), di conoscenze pratiche che emergono durante l'azione, dipendono dall'esperienza del singolo e non sono codificabili (l'atto diagnostico di fronte ad una patologia complessa) e di conoscenze correlate alla professionalità del soggetto (sapere sociale). Il saper agire o meglio l'insieme delle conoscenze tacite presenta quindi una componente tecnica¹⁸ - il saper fare - e una componente cognitiva che consente all'individuo di definire le rappresentazioni soggettive della realtà, basandosi su analogie, schemi e paradigmi mentali al fine di ridurre la complessità delle strutture con le quali il soggetto si rapporta (Johnson, Laird, 1983)¹⁹. Occorre notare come l'elemento cognitivo della conoscenza tacita rimandi alle immagini della realtà e alle visioni del futuro proprie dell'individuo, in altri termini all'essere e al dover essere e come l'esplicitazione di questi modelli mentali impliciti possa costituire un fattore decisivo nella creazione di nuove conoscenze (Nonaka, Takeuchi, 1995).

¹⁸ L'elemento tecnico della conoscenza tacita attinge al know how, alle arti e alle abilità concrete proprie dell'individuo.

¹⁹ Si tratta delle mappe cognitive definite da Fiol e Huff "come rappresentazioni grafiche che situano le persone in relazione ai loro contesti informativi. Le mappe forniscono uno schema di riferimento per ciò che è conosciuto e creduto. Mostrano il ragionamento sottostante ad azioni dotate di senso" (Fiol-Huff, 1992).

Il professionista sanitario fonda la propria competenza su un sapere teorico consolidato e correlato ad una formazione impartita da enti esterni quali l'università o istituti di ricerca e su di un sapere procedurale la cui codifica trova le sue fonti sia all'esterno sia all'interno della struttura in cui opera. Se la formalizzazione delle conoscenze teoriche e procedurali consentono di aumentare l'uniformità dei comportamenti dei professionisti inter e intra organizzazioni sanitarie e aumentarne la prevedibilità da parte della dirigenza, la specificità delle competenze del professionista è connessa al saper agire che rappresenta per la Direzione una sorta di *black box*, una parte immersa ed invisibile di quello che sono le competenze degli operatori *professional*.

Saper fare, sapere pratico e sapere sociale rappresentano le conoscenze la cui codificazione ed esplicitazione nell'azienda sanitaria è un'operazione tanto più difficoltosa quanto più le azioni degli individui dipendono da un numero elevato e complesso di conoscenze tacite.

A livello organizzativo l'individuo può trovarsi a svolgere la propria attività in unità organizzative che differiscono tra loro per la forma e per il fondamento cognitivo che le supporta. L'elemento che accomuna le differenti forme organizzative, che di seguito verranno descritte, è rappresentato dal fatto che esse sono tese a trasformare le conoscenze proprie degli individui che vi operano in patrimonio comune dell'organizzazione o del gruppo e allo stesso tempo l'individuo che vi partecipa accresce le proprie competenze attraverso le relazioni con gli altri (Buttignon, 1996).

Seguendo una distinzione proposta da Reed (1996), il professionista sanitario può appartenere a tre tipologie di expert group, diversamente strutturate a seconda che siano costituiti da knowledge worker, o associati a professioni organizzative o a professioni indipendenti. Nella Tabella 2 sono stati individuati gli elementi caratterizzanti i tre gruppi di esperti, nella tipologia di conoscenza (Nonaka, Takeuchi, 1995) prevalente, nella forma organizzativa e nelle principali tipologie occupazionali a cui fanno riferimento nel mondo della sanità.

EXPERT GROUP	TIPOLOGIA CO-NOSCENZA PREVALENTE	FORMA ORGANIZZATIVA	TIPOLOGIE OCCUPAZIONALI NELLA SANITÀ
Independent professions	(esplicita) astratta codificata cosmopolita razionale	Collegiale	medici liberi professionisti
Organizational professions	(esplicita) tecnica localizzata	Burocratica	manager sanitari manager amministrativi
Knowledge Workers	(tacita) non sostituibile globale analitica	network	medici curanti

Tabella 2 - Gli expert group nelle strutture sanitarie

Come si evince dalla Tabella 2, il fondamento cognitivo delle libere professioni enfatizza la conoscenza codificabile ed astratta correlata a skill tacite e complesse che derivano, ma non sono riducibili solo ad essa, da conoscenza scientifica acquisita nel corso degli studi universitari. L'equilibrio tra formalizzazione e interventi effettivamente realizzati è fondamentale e cruciale in quanto tale conoscenza fornisce le basi per la limitazione del campo di azione del professionista favorendo lo sviluppo di pratiche definite e codificate.

Il tipo di conoscenza che definisce tale pratica deve avere validità universale entro i confini del campo scientifico specifico (Weber, 1990) e viene monitorata attraverso una forma organizzativa che assume una forma collegiale (Ordini professionali).

Ad un secondo gruppo il medico appartiene, invece, in virtù del proprio inserimento nel nucleo operativo di un'organizzazione sanitaria: l'*expert group of knowledge management*. Il contatto con i pazienti e i rapporti

meno frequenti con i colleghi contribuiscono a formare ed arricchire, attraverso l'esperienza, le conoscenze implicite e tacite di ciascun medico, rendendo difficoltoso per la direzione aziendale intervenire sulle conoscenze e sui comportamenti degli operatori in modo diretto.

Diversamente, come è stato evidenziato in Tabella 3, il gruppo fondato sulle professioni organizzative è obbligato ad una conoscenza di base e ad un repertorio di compiti frammentati e diversi che dipendono da quanto viene fatto in pratica di *craft skills embedded* in sistematiche *understanding* di situazioni particolari. Tali professioni nascono nella burocrazia e possono favorire in essa un rafforzamento e un'estensione dei sistemi di controllo formalizzato.

Infine, i lavoratori della conoscenza dipendono da una combinazione di conoscenza teorica, strumenti analitici e *judgmental skill* che sono difficilmente standardizzabili, replicabili ed incorporabili all'interno di formalizzate routines organizzative (Reed, 1996; Winter, 1988).

In conclusione la forma organizzativa che supporta l'esistenza del gruppo di liberi professionisti e ne governa le relazioni, permettendo la codifica e la validità universale delle conoscenze astratte e una strategia di limitazione del numero delle persone all'interno del gruppo affiancata ad un controllo realizzato attraverso il monopolio di ambiti ben definiti di operatività, sembrerebbe essere un ibrido organizzativo dai caratteri della collegialità (Freidson, 1986).

La burocrazia, al contrario, favorisce lo sviluppo delle professionalità organizzative localizzate nelle diverse posizioni manageriali e di supporto, mentre l'organizzazione in *network* (Benassi, 1993; Frassetto, 1996) è tipica dei *knowledge worker*, quali potrebbero essere definiti in modo proprio i professionisti sanitari nei quali prevale una logica di flessibilità e di autonomia.

8.2. I processi di organizzazione delle conoscenze

L'organizzazione delle conoscenze deve avere come primo obiettivo la localizzazione dei saperi individuali e dei saperi organizzativi attraverso un processo di individuazione delle relazioni elementari tra persone, unità organizzative e conoscenze che sia in grado di evidenziare dove si trovano le "fucine di conoscenza" che consentono all'azienda sanitaria di creare valore

per i propri pazienti. La soddisfazione dei bisogni della collettività di riferimento viene conseguita attraverso la produzione e l'erogazione di servizi sanitari che incontrano le esigenze dei pazienti la cui qualità e rispondenza alle richieste dipende dalle conoscenze individuali ma anche organizzative²⁰.

L'importanza di localizzare le conoscenze deriva dal fatto che la conoscenza è unicamente il prodotto di singoli individui e l'organizzazione, non essendo in grado di creare conoscenza senza gli individui, sostiene i suoi membri più creativi offrendo loro un contesto in cui creare conoscenza²¹.

In un secondo momento l'attenzione deve spostarsi verso l'individuazione e la comprensione delle reti di conoscenza che sono presenti all'interno dell'organizzazione dell'azienda sanitaria. La mappatura delle reti di conoscenza che operano, o che è auspicabile che divengano attive, consente di stabilire a chi, in merito a cosa e con che frequenza vengono trasferite o potrebbero essere trasferite le conoscenze sia esplicite che tacite (De Leo, 1996; 1998).

Nei paragrafi che seguono vengono analizzati separatamente i due principali processi di organizzazione delle conoscenze, la localizzazione e le relazioni tra le conoscenze, applicati alla realtà delle aziende sanitarie.

8.2.1. La localizzazione delle conoscenze

La cattura delle conoscenze presenti nell'organizzazione sanitaria può essere fatta redigendo una matrice dove alle persone, che operano nell'organizzazione sanitaria, vengono associate conoscenze individuali e con riferimento alla loro appartenenza ad una particolare unità organizzativa, anche delle conoscenze che definiamo organizzative. Nella Tabella 5 vengono evidenziate, oltre alle conoscenze che distinguono la direzione generale e i manager sanitari e amministrativi che operano all'interno della linea intermedia, anche le conoscenze che è possibile ritrovare nel nucleo operativo, in quanto si ritiene che le stesse possano rappresentare l'elemento distintivo del patrimonio immateriale delle aziende sanitarie.

²⁰ Quaglii osserva come il sistema della conoscenza aziendale costituisca una parte importante del più generale sistema di azienda, ma richiede per la sua efficace attivazione un concomitante apporto da parte degli altri sottosistemi (circuili finanziari, relazioni azienda/ambiente, ecc.) il cui studio è altrettanto importante (Quaglii, 2001, pag.59)

²¹ Secondo Nonaka, Takeuchi la creazione di conoscenza organizzativa andrebbe perciò intesa come un processo di diffusione a livello organizzativo della conoscenza creata dagli individui e di sistematizzazione della stessa entro la rete di conoscenze dell'organizzazione (Nonaka, Takeuchi, 1995).

Tabella 5
La mappatura delle conoscenze individuali e organizzative

PERSONE	UNITA' ORGANIZZATIVA	CONOSCENZA
Direzione	Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Capacità generali di management pubblico. • Organizzative • Procedure gestionali ed amministrative generali.
Responsabile amministrativo	Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Capacità manageriali focalizzate sulla specifica funzione. • Organizzative • Procedure amministrative: conoscenza relazioni tra costi o fattori della produzione impiegati.
Responsabile sanitario	Azienda	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Capacità manageriali, conoscenza sull'efficacia di alcune cure (coniliate alla propria formazione medica). • Organizzative • Procedure gestionali: conoscenza sulle patologie più frequenti; conoscenza dei vincoli economici.
Medici di base	Distretto	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • <i>Personali procedure, per espletare la diagnosi; conoscenza della qualità delle strutture produttrici di servizi; esperienza della qualità delle prestazioni dei singoli medici ospedalieri; conoscenza dei bisogni e delle semplici esigenze dei pazienti.</i> • Organizzative • Procedure sanitarie di base; conoscenza delle relazioni costo-prescrizione; procedure sui percorsi di accesso dei malati alle strutture di erogazione delle prestazioni; conoscenza dei costi dei farmaci e della loro utilità; conoscenza delle procedure di erogazione del servizio di diagnosi.
Medici ospedalieri	Reparto	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Conoscenza altamente specializzata, procedure standard internazionali o locali. • Organizzative • Conoscenza dei costi della produzione delle prestazioni del proprio reparto; procedure efficienti per il proprio reparto.
Responsabili di unità operative	Unità operativa	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Conoscenza di natura tecnico e scientifica, competenze manageriali. • Organizzative • Conoscenza dei costi della produzione delle prestazioni del proprio reparto; procedure efficienti per il proprio reparto.
Responsabile controllo di gestione	Unità di staff alla direzione	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Capacità di interfacciarsi con le unità di produzione ed erogazione. • Organizzative • Conoscenza sullo svolgimento di tutti i processi aziendali; conoscenza dei costi; procedure di raccolta ed elaborazione dei dati afferenti alla produzione ed erogazione di servizi sanitari; conoscenza degli obiettivi di programmazione aziendale.
Responsabile di laboratorio	Laboratorio	<ul style="list-style-type: none"> • Individuali • Conoscenza dei problemi/soluzioni relativi al sovraccarico di lavoro da alcuni reparti; conoscenza economica delle relazioni tra i costi del materiale e utilità degli stessi. • Organizzative • Procedure tecniche speciali; procedure tecniche generali.

Questo tentativo di *inventariare* le conoscenze dei medici e dei responsabili di laboratorio e i due livelli di analisi sui quali viene impostata la mappatura rispondo, innanzitutto, all'esigenza di supportare una successiva revisione dei meccanismi operativi introdotti nelle aziende sanitarie.

Il grado di codificazione e la tipologia delle conoscenze presenti nelle diverse unità organizzative, sia a livello individuale che organizzativo, condiziona, infatti, fortemente ogni intervento di riprogettazione dei sistemi operativi, quali il sistema di controllo, la formazione, il sistema informativo e il sistema degli incentivi (Klein, 1998).

La mappatura delle principali conoscenze individuali ed organizzative in una matrice richiede un ripensamento dell'operatività dei principali meccanismi su due dimensioni: l'una individuale e l'altra organizzativa.

Tale revisione sarà tanto più efficace quanto più il contenuto della mappa sarà il frutto di un'attività di analisi sul campo delle conoscenze *embedded* nell'organizzazione e negli individui.

Una seconda osservazione attiene alla correlazione che il processo di localizzazione dovrebbe far emergere tra le conoscenze organizzative delle unità operative e quelle aziendali. Le conoscenze aziendali alle quali accede la direzione dovrebbero essere il frutto di una sintesi razionale delle conoscenze organizzative delle unità operative della struttura. Con riferimento ai meccanismi operativi, tale precisazione consentirà, in sede di definizione degli strumenti, di attribuire agli stessi significati e contenuti più ricchi per la direzione aziendale e per i responsabili di unità operativa.

Infine, lo sforzo di costruzione di una mappa di conoscenze presenti in un'organizzazione sanitaria facilita l'individuazione della posizione assunta in relazione alle due dimensioni principali del processo di creazione della conoscenza: una dimensione epistemologica e una dimensione ontologica (Nonaka, Takeuchi, 1995).

La dimensione epistemologica distingue la conoscenza tacita da quella esplicita e il processo di creazione della conoscenza consiste nella mobilitazione e conversione della conoscenza tacita; tale processo sembra essere avviato all'interno delle organizzazioni sanitarie anche se guardando all'eterogeneità delle conoscenze sia a livello individuale che a livello organizzativo che intervengono nella creazione di valore, è possibile constatare che le conoscenze sui fenomeni contabili ed economico finanziari si collocano ad un valore dell'ordinata più elevato rispetto alle conoscenze specifiche che in-

tervengono nella produzione di servizi sanitari.

Inoltre dato l'interesse per la creazione di conoscenza organizzativa, si deve far riferimento anche ad una dimensione ontologica in grado di individuare sull'asse delle ascisse l'ordine dei soggetti creatori di conoscenza.

Guardando alla combinazione delle due dimensioni, epistemologica ed ontologica, è possibile per ciascuna realtà sanitaria configurarsi lo stato di avanzamento nel processo di creazione di conoscenza organizzativa, individuando spirali differenti in relazione a tre principali tipologie di conoscenza (gestionale, medica, amministrativa) e tracciare i possibili percorsi di sviluppo delle spirali di creazione della conoscenza che, partendo dall'individuo che opera in una specifica organizzazione, potrebbero giungere a coinvolgere anche altre organizzazioni sanitarie (Nonaka, Takeuchi, 1995).

8.2.2. Le relazioni tra le conoscenze

Volendo definire ed isolare alcuni nodi di conoscenza implicita ed esplicita nelle realtà aziendali del sistema sanitario, i principali potrebbero essere individuati proprio nei medici di base, nei medici ospedalieri, e nei tecnici di laboratorio. Innanzitutto si procede ad individuare quali possono essere le relazioni che caratterizzano ciascun nodo di conoscenza visto come la somma di tanti singoli nodi di conoscenze che fanno capo agli individui, per poi accennare a quali possono essere i vantaggi che deriverebbero dalla progettazione di relazioni tra macro-nodi organizzativi.

I medici di base, attraverso l'atto diagnostico, costituiscono il principale filtro per gli assistiti all'accesso alle strutture di produzione ed erogazione di prestazioni sanitarie e la prima guida per la scelta dei farmaci. L'atto diagnostico e la prescrizione medica sono espressione di un insieme variamente combinato di conoscenze teoriche di base (fonte esterna- formazione universitaria e corsi di aggiornamento) e di quell'esperienza (derivante dal *già visto*) che unica consente al medico di base di riconoscere a partire dalla descrizione di alcuni sintomi più rilevanti, una patologia spesso anche complessa. La possibilità di standardizzare i processi di lavoro sulla base del *già visto* da parte dei medici di base viene ridotta drasticamente dalla presenza dell'ostacolo della distanza fisica tra medici, che non favorisce un processo di socializzazione e di successiva esternalizzazione delle conoscenze.

Una prima esigenza che emerge in termini di relazioni tra le conoscenze è quella di creare l'opportunità di una serie di incontri dove sia possibile svi-

luppare delle relazioni *face to face* e, successivamente, una o più reti formali tra i medici di base (McGill, Slocum, Lei, 1992). Tali reti potrebbero essere supportate dalle tecnologie di comunicazione intraziendali e interaziendali che permettono collegamenti in tempo reale tra i soggetti e favoriscono la diffusione di un linguaggio comune, la rappresentazione e la ricombinazione delle conoscenze proprie dei singoli professionisti coinvolti (Quagli, 2001).

La stessa rete, poi, potrebbe essere in grado di supportare uno sviluppo delle attività di informazione promosse dal Ministero della Sanità o dalla Regione (es. le attività di informazione sull'uso dei farmaci). Si osservi come la difficoltà, anche in momenti successivi, di realizzare la fase iniziale di specializzazione rende più rara l'attività di creazione di conoscenze nuove, ma non per questo deve venir sminuito un processo di arricchimento delle conoscenze organizzative ed individuali già esistenti.

I medici ospedalieri operano all'interno del reparto a cui fanno riferimento in relazione alla propria specializzazione. Essi detengono le conoscenze sulle procedure ottimali di cura sulle patologie curate all'interno del proprio reparto e tali conoscenze possono differire da quelle detenute in reparti analoghi operanti in altre strutture aziendali. Limitatamente al proprio reparto i medici conoscono l'effettiva qualità e quantità delle prestazioni tecniche richieste e fornite dalle strutture di staff.

L'elevata specializzazione presente nei reparti ha comportato una riduzione dell'interesse di coloro che operano in un reparto a correlare le conoscenze procedurali specifiche (in quanto *embedded* nel reparto) con quelle degli altri reparti coinvolti in uno stesso percorso di cura che interessa un paziente e tanto più con le esigenze di efficienza e qualità delle attività dell'intera struttura aziendale.

Emerge a questo punto una seconda esigenza di relazione tra conoscenze fondata sull'osservazione dell'esistenza di deboli rapporti tra i reparti specialistici che intervengono su uno stesso percorso del paziente e tra reparti di analogo specializzazione che operano a distanza sul territorio.

Con riferimento al problema del coordinamento tra reparti differenti all'interno della struttura aziendale una soluzione sembrerebbe poter essere ravvisata nella previsione della costituzione dei Dipartimenti (Crozier, 1995; Fontana, 1998; Ricciarelli, 1998; Olla, Pavan, 1996)²².

²² L'organizzazione dipartimentale viene individuata dal D.Lgs. 502/92 quale elemento peculiare del processo di

L'esigenza di un collegamento tra reparti che svolgono attività specialistiche analoghe ma situati in località differenti fa emergere una questione complessa connessa alla valutazione in termini di benefici sociali, sovra ordinati a quelli economici, della realizzazione di economie di scala attraverso il raggruppamento di attività identiche.

I *tecnici di laboratorio* presentano conoscenze tecniche propriamente correlate ai costi, all'uso e manutenzione delle macchine e attrezzature dell'unità di laboratorio in cui operano; conoscenze procedurali derivanti dall'esperienza di azioni ripetute come soluzioni ai problemi fino a divenire un sapere proceduralizzato diffuso a tutti gli operatori dell'unità; e infine conoscenze proprie del responsabile di laboratorio nella gestione dei rapporti con le unità produttive di cure.

Il terzo nodo di conoscenza solleva una terza esigenza di relazione connessa alla definizione di canali di trasmissione delle conoscenze sull'efficienza ed efficacia di alcune procedure di laboratorio rispetto ad altre attuate presso laboratori gemelli dislocati altrove sul territorio; inoltre lo sviluppo di un sistema di relazioni tra conoscenze di laboratorio potrebbe portare ad affrontare la questione di un possibile accorpamento delle unità similari riducendo le inefficienze e favorendo le sinergie cognitive al fine di sviluppare un sistema di prestazioni di laboratorio più efficienti ed efficaci.

Se si pensa ora ai medici di base, ai medici ospedalieri e ai tecnici di laboratorio come a tre grandi macro nodi fondamentali presenti nell'azienda sanitaria, lo sforzo dovrebbe andare nella direzione di costruire delle relazioni tra queste componenti organizzative e individuare i media in grado di supportarle.

Le difficili relazioni di scambio di conoscenze tra medici di base e medici ospedalieri sono note da sempre; peraltro diviene sempre più indispensabile ricercare tra gli stessi un coordinamento che andrebbe tutto a vantaggio dell'assistito (qualità del servizio sanitario reso) e della struttura aziendale (in termini di efficienza).

aziendalizzazione, in particolare per i presidi ospedalieri. A sette anni di distanza la conferma dell'importanza della struttura dipartimentale viene dall'art.14 del D.Lgs.229/99 che ha riformulato l'art. 17 del D.Lgs.502/92 introducendo l'art.17-bis che individua nell'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Attraverso l'adozione di questo modello si intende perseguire un duplice obiettivo: da una parte il superamento, nella dimensione orizzontale della frammentazione della struttura in unità organizzative specialistiche e di convergenza delle competenze; dall'altra, l'aggregazione delle unità operative, lungo la dimensione verticale, dovrebbe consentire di migliorare l'integrazione, costituendo momenti di coordinamento e di presidio dell'impiego delle risorse e dell'efficacia dei servizi resi ai pazienti.

Innanzitutto, il potere della conoscenza e la distanza fisica che caratterizza i luoghi in cui operano non agevolano i rapporti *face to face* tra questi due gruppi di *knowledge worker*. La possibilità di realizzare una fase di socializzazione nel processo di creazione della conoscenza richiederebbe di individuare delle responsabilità chiare in capo ai medici generali ed ai medici ospedalieri: i primi sono responsabili delle conseguenze dirette dell'atto diagnostico e in caso di ricovero di un coordinamento di tutte le fasi successive anche se prolungate nel tempo; mentre i secondi si assumono le responsabilità dell'operatività della struttura in relazione al caso specifico. L'interazione tra questi soggetti dovrebbe far emergere una serie di conoscenze tacite e favorire la loro esplicitazione in concetti, modelli, programmi di cura. I *media* a supporto di tali relazioni sono ancora prevalentemente di tipo documentale e sarebbe auspicabile che potessero essere anche formalizzate in supporti informatici (Rullani, 1994; 1998).

Questi ultimi infatti sono in grado di agevolare i processi di conversione e condivisione della conoscenza e questo può avvenire peraltro solamente se i potenziali e principali utilizzatori dello strumento riconoscono ai contenuti che lo stesso trasferisce affidabilità e appropriatezza (Quagli, 2001; De Leo, 1996).

Infine, uno sviluppo delle relazioni tra i tecnici di laboratorio (*technicians*) e i medici sia generici che ospedalieri (*professional manager*) che si spingano oltre i tradizionali rapporti di tensione produttiva tra organi di staff e professionisti, potrebbero contribuire ad aggiornare le conoscenze dei tecnici di laboratorio sulle esigenze nuove e differenti che i medici si trovano ad affrontare in relazione all'aumento di complessità delle esigenze degli assistiti e alla riduzione del tempo a disposizione per intervenire sulla patologia e dall'altra, potrebbero aiutare i medici a conoscere i carichi di lavoro dei laboratori, le novità tecnologiche in grado di ridurre i tempi di attesa di un referto, e via di seguito. Si tratta di riconoscere un nuovo e differente ruolo ai tecnici come figure che lavorano con un'interfaccia fisica, presidiando "le relazioni tra mondo materiale e mondo simbolico"²³.

²³ Barley rileva che i *technicians* possono agire da *buffers* cioè perseguire con il proprio comportamento l'integrazione e la condivisione con i professionisti di un dominio sociale e simbolico oltre a presidiare allo stesso tempo il processo di *caretaking*, costituendo così uno dei casi emblematici di una mancata coincidenza tra posizioni gerarchica e legittimità delle conoscenze detenute nelle aziende sanitarie, assieme a quello dei professionisti che operano nel nucleo operativo (Barley, 1996).

delle aziende sanitarie spetta quindi proprio un ruolo cruciale nella formulazione di una strategia orientata alla valorizzazione della cultura aziendale, attraverso la costruzione e l'arricchimento dei sistemi di credenze e conoscenze condivise dai membri dell'organizzazione (Picken, Dess, 1997; Pfeffer, 1981; Nonaka, Takeuchi, 1995; Achard, 1999; Costa, De Martino, 1985).

In quest'ottica il management dovrebbe riformulare la struttura e la dinamica dei meccanismi operativi al fine di indirizzarli all'arricchimento e alla diffusione delle conoscenze organizzative (Klein, 1998; Costa, Rullani, 1999; Savall, Zardet, 1989; Drevet, Floret, 1999).

Con l'ausilio degli strumenti operativi progettati come strumenti di knowledge management, la direzione potrebbe essere messa nelle condizioni di valorizzare le conoscenze presenti all'interno della struttura aziendale al fine di creare e poi diffondere la cultura dell'eccellenza nelle cure e nella qualità del servizio, senza compromettere l'equilibrio economico e finanziario della gestione aziendale (Bukler, 1998).

La cultura aziendale viene così ad essere ad un tempo alimentata dai processi di gestione delle conoscenze facilitati dai meccanismi operativi (Schmitt, 1995) inseriti nella struttura aziendale e un *fattore abilitante* della gestione della conoscenza accanto allo stile di management, di leadership e alla tecnologia in quanto capace di stimolare l'innovazione e il cambiamento organizzativo (De Leo, 1996; Crozier, 1963; Schein, 1992)²⁴.

Le relazioni virtuose tra processi di creazione delle conoscenze, meccanismi operativi e cultura aziendale portano così a considerare ogni azienda sanitaria come un'organizzazione che apprende in quanto alimenta la propria memoria organizzativa attraverso meccanismi operativi che agiscono efficacemente sulle conoscenze individuali, in particolare di quelle dei professionisti, favorendone l'esternalizzazione e la condivisione (Senge, 1991)²⁵.

²⁴ Con riferimento alla relazione tra cultura aziendale e il sistema di controllo è stato osservato come "le pratiche e gli strumenti di controllo, integrando informazioni e metriche di carattere operativo, finanziario e strategico, hanno la capacità di agire come accumulatori e diffusori organizzativi, ovvero di immagazzinare, trasportare e rilasciare nel tempo e nello spazio una serie di valori e di assunti caratterizzanti il codice di riconoscimento aziendale" (Busco, 2002)

²⁵ In quest'ottica può essere letta la costituzione del primo Centro italiano per lo studio dei rischi e degli errori in medicina presso l'Istituto San Raffaele di Milano. Si tratta di una task force composta da ventitré strutture collegate, aziende sanitarie locali ed ospedali, con il compito di scomporre i processi organizzativi, individuare i punti critici ed le principali soluzioni affinché gli errori non si ripetano. I risultati di tale lavoro sono destinati ad essere messi in rete nell'intento di diffondere le conoscenze così esternalizzate a tutte le strutture sanitarie operanti sul territorio nazionale (fonte: Corriere della Sera, 21 maggio 2002).

Conclusioni

Ripensare all'organizzazione sanitaria come piattaforma di conoscenze permette di valorizzare la specificità propria delle aziende sanitarie e dei soggetti che vi operano.

L'elevata presenza di professional comporta infatti che lo studio della gestione delle aziende sanitarie non possa prescindere dai comportamenti e dalle conoscenze dei soggetti che vi operano.

L'individuazione delle basi di conoscenza presenti sia a livello individuale che organizzativo, dei soggetti che presiedono ai processi di apprendimento e delle principali relazioni tra conoscenze, divengono così passaggi importanti per ogni successiva verifica dell'andamento della gestione delle aziende sanitarie.

Partendo da questa prospettiva di analisi il presente lavoro permette di comprendere come:

- la presenza di una rilevante dissociazione tra la logica medica e quella amministrativa possa derivare dall'assenza di una strategia deliberata di gestione delle conoscenze embedded negli operatori medici e in quelli contabili;
- attraverso i processi di organizzazione e gestione delle conoscenze sia possibile ridimensionare i conflitti tra il corpus medico e gli altri operatori, favorendo un'analisi delle sinergie possibili tra conoscenze individuali e organizzative;
- l'azienda sanitaria studiata come piattaforma di conoscenze richieda un ripensamento del ruolo e delle caratteristiche dei meccanismi operativi al fine di dotare la direzione aziendale di strumenti capaci di intervenire sui comportamenti dei professionisti ed indirizzarli verso gli obiettivi aziendali.

In virtù dell'atto aziendale (art. 3-quater D.Lgs. 229/99) al management

Nella prospettiva di ricerca delineata in questo lavoro l'efficacia e l'efficienza dei meccanismi operativi previsti all'interno del processo di aziendalizzazione devono essere indagati ulteriormente in relazione alle potenzialità degli stessi di facilitare i processi di arricchimento e diffusione delle conoscenze che, determinando i comportamenti degli operatori professionali, impattano in modo decisivo sull'andamento della gestione aziendale e sulla qualità dei processi di produzione ed erogazione dei servizi²⁶.

Non è pensabile, infatti, che la Direzione aziendale in quanto responsabile dell'intera gestione si limiti all'individuazione, sebbene importante, di numeri e cifre analitiche o di sintesi in grado di esprimere i risultati quantitativi dell'attività svolta senza interrogarsi sulle modalità di gestione delle numerose e complesse conoscenze che caratterizzano la struttura aziendale e la sua attività.

²⁶ Entro questa prospettiva di approfondimento scientifico, è in corso un progetto di ricerca "Il ruolo dei sistemi operativi nella gestione delle conoscenze nelle aziende sanitarie: il caso del Friuli Venezia Giulia" finalizzato alla rilettura dei sistemi operativi come strumenti facilitatori dei processi di gestione, arricchimento e diffusione delle conoscenze.

Bibliografia

- AA.VV., 1996, *Il Medico e il management*, Accademia Nazionale di Medicina, Forum Ser-vice, Genova.
- ACHARD P., FONTANA F. (a cura di), 1998, *Economia e direzione delle aziende sanitarie* (Atti del convegno), Rivista Italiana di Ragioneria ed Economia Aziendale, Roma.
- ACHARD P.O., 1999, *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano.
- ACKOFF R.L., 1981, *Creating the Corporate Future: Plan or Be Planned for*, New York, Wiley & Sons.
- AIROLDI G., 1980, *I sistemi operativi*, Giuffrè, Milano.
- AMIGONI F., 1979, *I sistemi di controllo direzionale*, Giuffrè, Varese.
- ANESSI PESSINA E., CANTÙ E. (a cura di), 2002, *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Rapporto Oasi 2001, Egea, Milano.
- ANHOURY P., COINTEMENT S., 1998, *Le contrôle de gestion*, in "Gestions Hospitalières", Juin/Juillet.
- ANSELM L., 1995, *Il processo di trasformazione della pubblica amministrazione - il percorso aziendale*, Giappichelli Editore, Torino.
- ANSELM L., 1998, *Il processo di aziendalizzazione*, in "Economia e direzione delle aziende sanitarie", RIREA, Roma.
- ANTHONY R.N., 1967, *Sistemi di pianificazione e controllo: schema di analisi*, Etas Libri, Milano.
- ANTHONY R.N., 1984, *Il controllo manageriale*, Franco Angeli, Milano.
- ANTHONY R.N., YOUNG D.N., 1988, *Management control in Nonprofit Organizations*, IV ed., Irwin, Homewood, Illinois.
- ARGYRIS C., 1957, *Personality and Organization*, Harper, New York.
- ARGYRIS C., 1994, *Superare le difese organizzative*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ARGYRIS C., SCHON S.A., 1978, *Organization Learning: a Theory of Action Approach*, Reading MA.
- ARGYRIS C., SCHON S.A., 1996, *Organization Learning II. Theory, Method and Practice*, Addison-Wesley Publishing Company Inc., (trad. it.: *Apprendimento organizzativo*,

- teoria, metodo e pratiche, Guerrini e Associati, Milano, 1998).
- BARLEY S.R., 1996, *Technicians in the Workplace: Ethnographic Evidence for bringing work into organization studies*, in "Administrative Science Quarterly", n. 41.
- BARNEY J.B., OUCHI W.G., 1985, *I costi delle informazioni e strutture economiche di governo delle transazioni*, in R.C.D. Nacamulli, A. Rugiadini (a cura di), *Organizzazione e Mercato*, Il Mulino Bologna.
- BASTA P., 1998, *Il controllo di gestione*, in "Economia e direzione delle aziende sanitarie", RIREA, Roma.
- BENASSI M., 1993, *Dalla gerarchia alla rete: modelli ed esperienze organizzative*, Etas Libri, Milano.
- BOISOT M., 1987, *Information & Organizations. The manager as Anthropologist*, Fontana, Collins, Glasgow (trad. it. Organizzazioni e informazioni, Franco Angeli, Milano, 1992).
- BORGONOV E. (a cura di), 1990, *Il controllo economico nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- BORGONOV E., 1996, *Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche*, Egea, Milano.
- BRUNETTI G., 1980, *Il controllo di gestione in condizioni ambientali perturbate*, Franco Angeli, Milano.
- BUCCELLATO, 1992, *Il sistema informativo delle aziende pubbliche*, Cedam, Padova.
- BUCKLER B., 1998, *Practical steps towards a learning organisation: applying academic knowledge to improvement and innovation in business processes*, in "The Learning Organization", Vol. 5- N.1, MCB University Press.
- BUSCO C., 2002, *Sistemi di controllo e cultura aziendale*, Cedam, Padova.
- BUTERA F., DONATI E., CESARIA R., 1997, *I Lavoratori della conoscenza*, Franco Angeli, Milano.
- BUTTONON F., 1996, *Le competenze aziendali*, Utet Libreria, Torino.
- CASATI G. (a cura di), 1996, *Manuale di contabilità direzionale nelle aziende sanitarie*, Egea, Milano.
- CHILD J., 1972, *Organization Structure and Strategies of Control: replication of Aston Study*, Administrative Science Quarterly, n.2, June.
- COHEN M.D., MARCH J.G., OLSEN J.P., 1972, *A garbage Can Model of Organizational Choice*, in "Administrative Science Quarterly", n.17, marzo.
- COLLINI P., 1991, *Il Budget quale risposta all'ambiguità indotta dalle strutture a matrice: un approccio a base zero nella sanità*, in "Azienda Pubblica", n.1/91, Giuffrè, Milano.

- COMPAGNO C., 1999, *Il management della qualità*, Etas Libri, Milano.
- COPERCHIONE E., ELEFANTI E., FRANCESCONI A.A., ZUFFADA E., 1990, *La contabilità analitica nelle usli*, Clueb, Bologna.
- CORNO F., 1996, *Patrimonio intangibile e governo dell'impresa*, Egea, Milano.
- COSENTINI O., 1997, *I presupposti e le difficoltà connesse all'adozione del controllo di gestione*, RIREA, Roma.
- COSTA G., 1990, *Economia e direzione delle risorse umane*, Utet, Torino.
- COSTA G., DE MARTINO S., 1985, *Management Pubblico*, Etas, Milano.
- COSTA G., RULLANI E., 1999, *Il maestro e la rete*, Etas, Milano.
- CROZIER M., 1963, *Le phénomènes bureaucratique*, Seuil, Paris, (trad.it. *Il fenomeno burocratico*, Etas Kompas, Milano, 1969).
- CROZIER M., 1989 *L'entreprise à l'écoute*, InterEditions, Paris, (trad.it. *L'impresa in ascolto*, Il Sole 24 Ore, Milano, 1990).
- CROZIER M., 1995, *Pour une stratégie de changement a l'hôpital*, del 13/ 3/95..
- CROZIER M., FRIEDBERG E., 1977, *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, (trad.it. *Attore sociale e sistema*, Etas Libri, Milano, 1978).
- DAGOGNET F., 1998, *La mesure in "Le Courrier de l'Evaluation en Santé"*, semestrielle n.13- Mai.
- DARLING M.S., 1996, *Building the Knowledge Organizations*, in "Business Quarterly", Winter.
- DAVENPORT T.H., JARVENPAA S.L., BEERS M., 1996, *Improving Knowledge Work Processes*, in "Sloan Management Review", Summer.
- DE LA VILLE, 1998, *L'apprentissage organisationnel: perspectives théoriques*, in "Management et Organisation des entreprises", N.287.
- DE LEO F., 1995, *Ripensare l'impresa come piattaforma di conoscenze*, in "Economia e Management", Luglio.
- DE LEO F., 1996, *Ripensare l'impresa come piattaforma di conoscenze*, in "Sviluppo e Organizzazione", n.153, gennaio-febbraio.
- DE LEO F., 1998, *La trasformazione della conoscenza tacita in esplicita*, in Lipparmi A., "Sviluppo, condivisione, trasferimento", Carocci, Roma.
- DE LEO F., BOGETTI M., DEL TERRA L., 1996, *Knowledge Based Management*, in "Sviluppo & Organizzazione", n.153.
- DREVET G., FLORET M.C., 1999, *Une démarche d'ingénierie de formation aux HCL*, in "Cahier de Gestions Hospitalières" n. 152.
- DUTTON J.E., JACKSON S., 1987, *Categorizing Strategic Issues: Links to Organizational Action*, in "Academy of Management Review", n.12.

- ECCLES R.G., NOHRIA N., 1992, *Networks and Organizations: Structure, Form, and Action*, Harvard Business School Press, Boston.
- FALCITELLI N., TRABUCCHI M., 1999, *Rapporto Sanità 1999. Livelli di governo e di responsabilità nel servizio sanitario Nazionale*, Il Mulino, Bologna.
- FAUJOUR V., BIRON N., 1998, *Les outils du pilotage stratégique*, in "Gestion Hospitalières", Juin/Juillet.
- FAUJOUR V., PENAUD M., 1998, *Outils de gestion et management hospitalier*, in "Gestions Hospitalières", Juin/Juillet, Paris.
- FERRERO G., 1980, *Impresa e management*, Giuffrè Milano.
- FIOL C.M., HUFF A.S., 1992, *Maps of manager: where are We? Where do we go from here?*, "Journal of Management Studies", Vol. 29, 3.
- FLAMHOLTZ E.G., DAS TSUI T.K., 1986, *Il controllo organizzativo: uno schema unificato di analisi*, in "Problemi di gestione", Formez, Napoli, Vol. XVI, n.6
- FONTANA F., 1998, *Le strutture organizzative delle aziende sanitarie*, in "Economia e direzione delle aziende sanitarie", RIREA, Roma.
- FRASSETTO, G.F., 1996, *Il network sanitario*, Cedam, Padova.
- FREDRICKSON J., 1984, *The Comprehensiveness of Strategic Decision Processes: Extension, Observation, Future Directions*, in "Academy of Management Journal", n.27.
- FREIDSON E., 1986, *Professional powers: a study of the institutionalization of formal knowledge*, University Press, Chicago.
- FULLMER M., GIBBS P., KEYS J.B., 1998, *The Second Generation Learning Organization: New Tools for Sustaining Competitive Advantage*, in "Organizational Dynamics", autumn, (trad. it. *Le learning organization di seconda generazione: nuovi strumenti per un vantaggio competitivo duraturo*, Problemi di Gestione, Vol. XXII, N.1).
- GALLINARO S., 1990, *Teorie del controllo*, Franco Angeli, Milano.
- GARAVAN T., 1998, *L'organizzazione che apprende*, in "Sviluppo & Organizzazione", N. 168, Luglio-agosto.
- GRANDORI A., 1998, *Organizzazioni che apprendono o organizzazione dell'apprendimento?*, in "Sviluppo e Organizzazione", n. 168, luglio agosto.
- GRENIER B., 1998, *La norme et le sens: au nom de quoi décider?*, in "Le Courrier de l'Evaluation en Santé", Mai, S.O.F.E.S.TEC, Lille.
- GUMB B. 1996, *Vers la gestion du contrôle*, in RFC n. 278, mai.
- HANSEN M.T., NOHRIA N., TIERNEY T., 1999, *What's your strategy for managing knowledge?*, in "Harvard Business Review".
- HUBER G.P., 1991, *Organizational Learning: The Contributing Processes and the Literatures*, in Organization Science, febbraio.
- IACONO G., 2000, *L'organizzazione basata sulla conoscenza*, Franco Angeli, Milano.
- INVERNIZZI E., 1996, *La comunicazione organizzativa nel governo dell'impresa*, Giuffrè, Milano.
- JOHNSON-LAIRD P.N. 1983, *Mental Models*, Cambridge University Press, Cambridge.
- KAPLAN R.B., MURDOCK L., 1991 *Core process redesign*, in "The McKinsey quarterly", n. 2.
- KIM D.H., 1997, *Apprendimento individuale e apprendimento organizzativo*, in "Sistemi e Impresa", n.2.
- KLEIN G.D., 1998, *A Pay for Knowledge Compensation Program That Works*, in "Compensation & benefits Review", March/April (trad. it. In Problemi di Gestione Vol. XXI, N.6).
- KOGUT B., ZANDER U., 1992, *Knowledge of the Firm, Combinative Capabilities, and the Replication of Technology*, in "Organization Science", n.3, pagg. 383-397.
- LANZA A., 2000, *Knowledge Governance*, Egea, Milano.
- LANZARA G.F., 1997, *L'apprendimento organizzativo*, in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di) "Manuale di organizzazione aziendale", vol. 3, UtetLibreria, Torino.
- LATTANZIO E., PERO L., 1999, *Il ridisegno dei sistemi di controllo della pubblica amministrazione*, in "Sviluppo & Organizzazione", N.174, Luglio-agosto.
- LEVITT B., MARCH J.G., 1988, *Organizational Learning*, in "Annual Review of Sociology", Vol. 14.
- MARCH J.G., SIMON H.A., 1958, *Organization*, Wiley, New York, (trad. it. *Teoria dell'organizzazione*, Comunità, Milano, 1966).
- MCGILL M.E., SLOCUM J.W., LEI D., 1992, *Management Practices in Learning Organization*, in "Organizational Dynamics", Summer.
- MERCHANT K.A., 1983, *La funzione di controllo della direzione*, "Problemi di Gestione", luglio.
- MILES R.E., SNOW C.C., 1992, *Cause of Failure in Network Organizations*, in "California Management Review" n.34, 4 summer.
- MILLS D.Q., FRIESEN B., 1992, *The Learning Organization* in "European Management Journal", Vol.10, N.2, June.
- MINTZBERG H., 1983, *Structure in Fives. Designing Effective Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice Hall, (trad. it. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1 edizione, 1985).
- MYERS P., 1996, *Knowledge Management and Organizational Design*, Butterworth-Heinemann, U.S.A.
- MORETTI A., 1997, *Le mappe cognitive*, Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), "La pro-

- gettazione organizzativa", Vol 2, Utet, Torino.
- MUNDEL M.A., 1967, *A Conceptual Framework for the Management Sciences*, McGraw Hill, New York.
- NELSON R.R., WINTER S.G., 1982, *An Evolutionary Theory of Economic Change*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- NONAKA I., 1988, *Creating Organizational Order out of Chaos: Self-Renewal in Japanese Firms*, in California Management Review.
- NONAKA I., 1991, *The Knowledge-creative Company*, in Harvard Business Review, novembre-dicembre.
- NONAKA I., TAKEUCHI H., 1995, *The Knowledge-Creating Company*, Oxford University Press, Oxford, (trad. it.: *The Knowledge Creating Company*, Guerini, Milano 1997).
- NONAKA I., TOYAMA R., NAGATA A., 2000, *A firm as a knowledge creating entity: a new perspective on the theory of the firm*, in Industrial Corporate Change, n.9.
- OLLA G., PAVAN A., 1996, *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- OSTROFF F., SMITH D., 1992, *The Horizontal Organization*, in "The Mc Kinsey Quarterly", 1, (trad. it.: L'organizzazione orizzontale, in "Problemi di gestione" 1992).
- PEDLAR M.B., BOYDELL T., 1991, *The learning Company*, McGraw Hill, New York.
- PFEFFER G., 1981, *Management as Symbolic Act: The creation and Maintenance of Organizational Paradigms* in "Research in Organizational Behavior", vol.3, pp.1-52.
- PFEFFER J., 1981, *Power in Organizations*, Pitman, London.
- PICKEN J., DESS G., 1997, *Out of strategic control*, in "Organizational dynamics", summer.
- POLANYI M., 1958, *Personal Knowledge: toward a post critical philosophy*, Routledge & Kegan Paul.
- POLANYI M., 1967, *The Tacit Dimension*, Doubleday, New York.
- QUAGLI A., 2001, *Knowledge management*, Egea, Milano.
- QUINN J.B., 1992, *The Intelligent Enterprise A new paradigm*, Academy of Management Executive.
- RAMPONI C., 1992, *Migliorare la Sanità nel rispetto dell'autonomia professionale*, in "Economia e Management", n.6.
- RAVAGNANI R., 1996, *Le teorie fenomenologiche e cognitive*, Costa G., Nacamura R.C.D. (a cura di), "Le teorie dell'organizzazione", Vol 1, Utet, Torino.
- REBORA G., 1998, *Lavoro e professionalità nella funzione pubblica*, in "Azienda Pubblica", n.2.
- REED M.I., 1996, *Expert power and control in late modernity: an empirical review and theoretical synthesis*, in "Organization Studies", 17/4.
- REVIGLIO F., 1999, *Sanità. Senza vincoli di spesa?* Il Mulino, Bologna.
- RICCIARELLI G., 1998, *Le strutture dipartimentali nelle aziende sanitarie*, in "Economia e direzione delle aziende sanitarie", RIREA, Roma.
- ROSSI S., SCANABUCCI L., 1999, *La valutazione delle performance delle aziende sanitarie attraverso il bilancio*, in "Economia Pubblica", anno XXIX, n.6, Franco Angeli, Milano.
- RULLANI E., 1994, *Il valore della conoscenza*, in Economia e politica industriale, n.82.
- RULLANI E., 1998, *Tecnologie della comunicazione e welfare*, in "Reti telematiche e servizi socio sanitari", a cura di Maggi S., Franco Angeli.
- SAVALL H., ZARDET V., 1989, *Maitriser les couts et les performances cachés*, *Prix de Management stratégique*, Harvard, L'Expansion, 2 edition, Economica.
- SAVALL H., ZARDET V., 1992, *Le Nouveau controle de gestion*, Édition Comptables Maïsherbès, Paris.
- SCHMITT B., 1995, *Le projet médical: une dynamique d'établissement au service d'une politique de santé publique sur le secteur sanitaire*, in "Management hospitalier, restructurations régionales du système de soin: quelle dynamique d'acteurs?", SO.F.E.S.TEC., Montpellier, 1-2 Juin, 1995.
- SCHNEIHER E.H., 1992, *Organizational Culture and Leadership*, Jossey Bass Publishers, London.
- SENCE P., 1991, *La cinquième discipline-L'art et la manière des organisations qui apprennent*, Paris, Edition First.
- SHRIVASTAVA P., SCHNEIDER S., 1984, *Organizational Frames of Reference*, in "Human Relations", n.37.
- SMON H. A., 1947, *Administrative Behavior*, Free Press, New York, (trad. it. *Il comportamento amministrativo*, Il Mulino, Bologna, 1967).
- SOLARI L. (a cura di), 1996, *Knowledge-based Management*, Discussioni in "Sviluppo e Organizzazione", n. 153, gennaio-febbraio.
- SANTOSSO E., SOSTERO U., 1987, *Strumenti per il controllo di gestione nelle Usl*, Cedam, Padova.
- STRINGRE D., 1998, *Le service public hospitalier*, 2 edition, Ed.Puf, Paris.
- TRACOGNA A., 1996, *Risorse strategiche e vantaggio competitivo*, Libreria Goliardica Editore Srl, Trieste.
- VON KROGH G., NONAKA I., NISHIGUCHI T. (eds.), 2000, *Knowledge Creation. A source of Value*, MacMillan Press, London.
- VROOM V.H., 1958, *Work and Motivation*, New York, Wiley.
- WARGLIEN M., 1990, *Innovazione e impresa evolutive: processi di scoperta e apprendimento in un sistema di routines*, Cedam, Padova.
- WEBER M., 1958, *Il metodo delle scienze storico-sociali*, Einaudi, Torino.

BIBLIOGRAFIA

- WEBER M., 1966, *Il lavoro intellettuale come professione*, Einaudi, Torino.
- WEBER S., 1990 *The vaulted eye: remarks on knowledge and professionalism*, in Reading the archive: on texts and institutions, University Press, Yale.
- WINTER S., 1988, *Knowledge and competence as Strategic Assets*, in Teece D. "The competitive Challenge: Strategies for Industrial Innovation and Renewal", Ballinger, Cambridge
- ZAN S., 1988, *Logiche di azione organizzativa*, Il Mulino, Bologna.
- ZANGRANDI A., 1988, *Il controllo di gestione nelle Usil*, Giuffrè, Milano.