

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA



TESI DI DOTTORATO DI RICERCA IN
ECONOMIA E MANAGEMENT DELLE AZIENDE E
DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE

XXVIII Ciclo

I PROCESSI DI INNOVAZIONE NELLE
ORGANIZZAZIONI SANITARIE

Docente: Prof. Giuseppe Paolo FERULANO

Tutor: Prof. Luigi Maria SICCA

Dottoranda: Dott.ssa Maria Grazia PIROZZI

A mio padre

La Strada Non Presa

*Divergevano due strade in un bosco
ingiallito, e spiacente di non poterle fare
entrambe essendo uno solo, a lungo mi fermai
una di esse finché potevo scrutando
là dove in mezzo agli arbusti svoltava.*

*Poi presi l'altra, che era buona ugualmente
e aveva forse i titoli migliori
perché era erbosa e poco segnata sembrava;
benché, in fondo, il passar della gente
le avesse invero segnate più o meno lo stesso,*

*perché nessuna in quella mattina mostrava
sui fili d'erba l'impronta nera d'un passo.
Oh, quell'altra lasciavo a un altro giorno!
Pure, sapendo bene che strada porta a strada,
dubitavo se mai sarei tornato.*

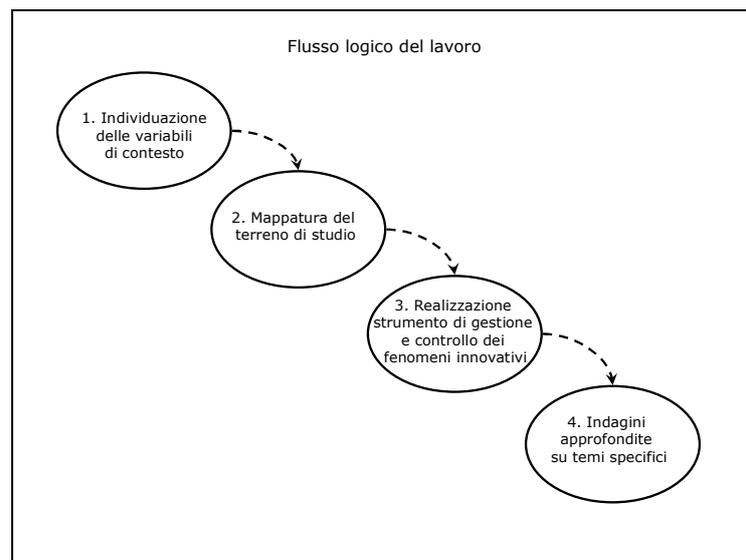
*Questa storia racconterò con un sospiro
chissà dove fra molto molto tempo:
divergevano due strade in un bosco e io...
Io presi la meno battuta,
e di qui tutta la differenza è venuta.*

*("The Road Not Taken" di Robert Frost (1874 – 1963), da Conoscenza della
notte e altre poesie, trad. di G. Giudici, Mondadori, Milano, 1988)*

ABSTRACT

Il lavoro ha avuto lo scopo di affrontare il tema dell'innovazione nelle organizzazioni sanitarie. Attesa l'ampiezza del tema da trattare, è stato necessario, nel paragrafo Introduttivo, procedere ad un'opportuna illustrazione del contesto nel quale vengono erogati i servizi sanitari, individuando le istituzioni ed i fenomeni complessivi, di natura politica e socioeconomica, che influenzano dall'esterno le organizzazioni sanitarie.

Nella figura di seguito riportata si è illustrato il flusso logico secondo cui è stato organizzato il lavoro.



Dopo l'individuazione del contesto si è proceduto alla mappatura del campo teorico che è sotteso all'oggetto dello studio. In seguito, si è proceduto alla progettazione di uno strumento di misura che consentisse di gestire e controllare i fenomeni innovativi all'interno delle organizzazioni sanitarie. Questo step è stato realizzato approntando un modello di misura e

di gestione delle performance, finanziarie e non finanziarie, e del Capitale Intellettuale, nelle organizzazioni sanitarie. L'integrazione dei due ambiti concettuali, performance e Capitale Intellettuale, in un solo modello di misura, rappresenta uno dei risultati maggiormente rilevanti emersi durante il presente lavoro. Questo è dovuto sia all'originalità del modello e sia ai potenziali vantaggi eventualmente derivanti dal suo utilizzo nelle organizzazioni sanitarie (Pirozzi e Ferulano, 2016)¹.

Infine, sono stati compiuti approfondimenti su tre temi specifici, sostanziati in altrettante pubblicazioni: Assicurazioni sanitarie private (ASP) (Pirozzi e Saggese, 2015)², Appropriatelyzza e comportamento medico nel processo diagnostico e trattamento clinico (Bobbio e Pirozzi, 2014)³ ed, infine, Creatività ed improvvisazione in chirurgia generale e d'urgenza (Leone, Pirozzi, Sicca, 2014)⁴. Per ultimo, si è delineata una domanda di ricerca relativa all'analisi dell'eventuale rapporto causale tra le performance del processo diagnostico e l'innovazione

¹ Pirozzi M.G., Ferulano G.P. (2016). "Intellectual Capital and Performance Measurement in Healthcare Organizations: an Integrated New Model", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 17 Issue 2, ISSN 1469-1930.

² Pirozzi M.G., Saggese S. (2015). "Assicurazioni sanitarie private: conseguenze per i cittadini ed implicazioni per il SSN derivanti dalla loro eventuale introduzione – Un'opportunità o un vaso di Pandora?", *MECOSAN*, n.95, ISSN 1121-6921.

³ Bobbio M., Pirozzi M.G. (2014). "Progetto Choosing Wisely. Considerazioni e implicazioni organizzative", *Tecnica Ospedaliera*, Tecniche Nuove, Nr.10, ISSN 0392-4831.

⁴ Leone L., Pirozzi M.G., Sicca L.M. (2014). "Loosing power and accepting vulnerability. Organizational improvisation under the microscope in non-managerial improvisation", paper presentato al *Convegno 30th EGOS Colloquium "Reimagining, Rethinking, Reshaping: Organizational Scholarship in Unsettled Times"*, Rotterdam School of Management (3 – 5 luglio 2014).

organizzativa, traguardando quest'ultima attraverso la dimensione dinamica del Capitale Intellettuale⁵.

La presente tesi è stata organizzata in cinque parti: una parte introduttiva, tre capitoli ed una parte conclusiva.

Nella parte introduttiva si è delineato il contesto, di natura economica, sociale e politica, nel quale le organizzazioni sanitarie operano. Durante questa trattazione sono stati individuati i macro processi, endogeni ed esogeni, rispetto alla realtà nazionale, che direttamente o indirettamente influenzano la vita ed il funzionamento delle organizzazioni oggetto di questo lavoro. Molti di questi processi, pur influenzando le organizzazioni sanitarie ed i processi innovativi che le attraversano, restano ampiamente fuori del controllo sia degli operatori e del *management* sanitari e sia dei cittadini-utenti.

Nel Capitolo 1. Innovazione – *Framework* teorico, si è fornita un'identificazione descrittiva del campo teorico relativo all'Innovazione, attraverso una *review* della letteratura prodotta dagli studiosi in questo settore. In particolare, si è prodotta una descrizione dei tre aspetti nei quali l'innovazione emerge e si manifesta, cioè l'innovazione di prodotto/servizio, l'innovazione tecnologica e quella, infine, organizzativa. Circa l'innovazione organizzativa, sono state prodotte alcune interessanti osservazioni

⁵ Su questo argomento si veda: Paragrafo. 1.4 Innovazione Organizzativa; Figura 1.12 Organizational Innovation, *Stream* e sovrapposizioni; Paragrafo 3.2 Processo Diagnostico ed Innovazione Organizzativa.

sui tre sotto-campi di studio che la caratterizzano e la descrivono completamente:

1. *Organizational Design*;
2. *Organizational Change & Adaptation*;
3. *Organizational Cognition & Learning*.

In particolare, tali osservazioni hanno riguardato due fra le diverse potenziali sovrapposizioni previste da Lam (2004). La prima sovrapposizione riguarda i sotto-campi di studio: (1) *Organizational Design* e (2) *Organizational Change & Adaptation*; la seconda sovrapposizione riguarda i sotto-campi (3) *Organizational Cognition & Learning* e (2) *Organizational Change & Adaptation*. Quest'ultima sovrapposizione, inoltre, è stata messa in relazione con la possibilità di un futuro studio, relativo al processo di miglioramento del processo diagnostico, eventualmente attuato facendo leva sul Capitale Intellettuale e sulla dimensione dinamica di quest'ultimo (Stam, 2010; Kianto, 2007).

Nel Capitolo 2 – Innovazione & Organizzazioni Sanitarie, si è mappato il terreno di studio individuando un modello che descrive le diverse connotazioni dell'innovazione in questo tipo d'organizzazioni. Il modello che è stato considerato, in prima istanza, è quello di Omachonu ed Einspruch (2010), procedendo ad una sua opportuna modifica, per adattarlo alla realtà del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questo adattamento è stato realizzato integrando il modello di riferimento con dimensioni

aggiuntive quali la Sostenibilità Economica e Fiscale del SSN, e sostituendo la "generazione dei profitti" con il "Controllo del Budget".

Nell'ambito del secondo capitolo si è fornita una descrizione generale, anche se ai fini del presente lavoro può essere, a ben vedere, considerata esaustiva, sia del mercato dei servizi sanitari e sia dello stato attuale del SSN.

Ed ancora, nel Capitolo 2 si è presentato il modello integrato INM (*Integrated New Model*) dedicato alla misura e gestione delle performance e del Capitale Intellettuale di un'organizzazione sanitaria. L'originalità ed il valore intrinseco di questo modello sono testimoniati dalla pubblicazione, in lingua inglese, ottenuta sulla rivista *Journal of Intellectual Capital* (Pirozzi e Ferulano, 2016). Il modello INM è di particolare rilievo, poiché consente, se opportunamente specializzato nei suoi parametri ENABLERS e RISULTATI, di realizzare la gestione e controllo di temi specifici, legati sia alle conoscenze e sia al comportamento del Personale specialistico. Le potenzialità del modello INM qui riferite sono state ottenute grazie all'integrazione, nel modello medesimo, della misura e gestione del Capitale Intellettuale, espresso attraverso le sue componenti elementari: Capitale Umano, Strutturale e Relazionale.

Nel Capitolo 3 sono stati illustrati la natura del processo che caratterizza la diffusione delle innovazioni ed i fattori che la influenzano. Inoltre, sono stati prodotti alcuni approfondimenti

specifici ed, in ogni modo, integrati nell'impianto complessivo del lavoro poichè legati a particolari processi di cambiamento organizzativo e, quindi, a fenomeni innovativi.

Nella parte conclusiva, sono stati evidenziati i principali risultati emersi nel corso dello studio e gli obiettivi raggiunti. Sono stati prodotti, inoltre, alcuni schemi concettuali che sintetizzano l'impostazione generale ed il flusso logico del lavoro (Fig. 1 - Flusso logico del lavoro, Fig. 3 - Impianto complessivo del lavoro, sviluppato durante il corso di Dottorato.

Per ultimo, si è proceduto alla validazione del lavoro svolto. Questa fase di verifica è stata operata analizzando il livello di copertura funzionale raggiunto, attraverso i risultati consolidati (testo tesi + pubblicazioni), rispetto al progetto complessivo sotteso al percorso di Dottorato (Fig. 4 - Fasi logiche dell'approccio metodologico, Fig. 5: Validazione funzionale del lavoro.

La verifica della copertura funzionale e, quindi, la validazione del lavoro, è stata realizzata raffrontando lo schema progettuale (Figura 2 - Impianto complessivo del lavoro) sia con la presente tesi di Dottorato, e sia con l'insieme delle pubblicazioni prodotte nel corso dei tre anni di studio (rif. parag. Pubblicazioni).

INDICE

ABSTRACT	4
INDICE.....	10
Introduzione e individuazione del contesto.....	11
Capitolo 1 – Innovazione – Il Framework Teorico.....	46
1.1 Crescita Economica ed Innovazione.....	48
1.2 Il Processo dell’innovazione.....	55
1.3 Innovazione Tecnologica.....	74
1.4 Innovazione Organizzativa.....	85
Capitolo 2 – Innovazione & Organizzazioni Sanitarie.....	120
2.1 Innovazione nei servizi sanitari – un modello.....	122
2.2 Il mercato dei servizi sanitari.....	130
L’ipotesi di integrare il SSN con le ASP – un modello.....	134
2.3 Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - stato dell’arte.....	150
2.4 Performance & Capitale Intellettuale in Sanità.....	162
La soluzione integrata INM.....	162
Capitolo 3 – Dinamica delle innovazioni in Sanità.....	193
3.1 Il processo di diffusione delle innovazioni.....	193
ReINVENTION - il caso degli stent coronarici.....	201
3.2 Processo diagnostico e Innovazione Organizzativa.....	204
3.3 Diagnosi & Trattamento - Comportamento Medico.....	211
3.4 Creatività - Improvvisazione in Chirurgia Generale e d’Urgenza.....	235
CONCLUSIONI.....	254
PUBBLICAZIONI.....	267
BIBLIOGRAFIA.....	269
.....	294

Introduzione e individuazione del contesto

Il presente lavoro intende approfondire il tema dei processi d'innovazione nel dominio applicativo rappresentato dalle organizzazioni sanitarie. Prima di procedere è opportuno evidenziare le peculiarità dell'attuale contesto economico-politico, connotato da elevata imprevedibilità ed incertezza, nel quale le organizzazioni sanitarie, nonché le imprese fornitrici di beni e servizi afferenti ad esse, sono chiamate ad operare.

Adottando una prospettiva d'analisi opportunamente ampia si riuscirà, infatti, a fornire una visione più realistica, sia dei processi d'innovazione che coinvolgono, direttamente o indirettamente, le organizzazioni sanitarie, e sia delle tematiche salienti che connotano queste ultime.

Crisi economica, misure di austerità ed innovazione

Occorre rilevare, inoltre, la complessa articolazione che connota sia il costrutto concettuale dell'innovazione, come pure le forme attraverso le quali essa emerge, e sia l'evidente relazione che sussiste tra la stessa innovazione e gli aspetti economici e quelli politici (Perez, 2009)⁶.

A supporto di quest'asserto, si deve rilevare che studi recenti hanno dimostrato che i processi d'innovazione possono essere inibiti dalle politiche d'austerità, quest'ultime essendo imposte dai *policy maker* come risposta alla crisi economica e

⁶ Perez C. (2009). "After Crisis: Creative Construction", *Open Democracy*, disponibile al sito www.opendemocracy.net/article/economics/email/how-to-makeeconomiccrisis-creative.

finanziaria del 2008. A tale riguardo, uno studio condotto da Rondinella e Grimaccia (2015)⁷ ha evidenziato che in Italia il processo di migrazione a forme innovative di generazione dell'energia, cioè basata su fonti rinnovabili, ha subito un brusco rallentamento a causa delle misure di *austerity* adottate dal Governo.

Ed ancora, Alfred Kleinknecht (2015)⁸, ha verificato che quella componente delle c.d. "riforme strutturali" orientate al mercato del lavoro, hanno frustrato la diffusione di tecnologie tese a ridurre l'impiego di manodopera. Queste misure, introducendo estrema flessibilità nel mercato del lavoro hanno reso più facile assumere e licenziare, determinando incidentalmente un incremento del ricambio della forza lavoro (*turnover*). Questo ha causato danni al funzionamento del modello c.d. della "*creative accumulation*" che consiste, infatti, nel processo d'accumulazione di conoscenza che avviene nel lungo periodo e che è specifica della particolare impresa.

La crisi economica del 2008 e la conseguente stagnazione dell'Eurozona (Decker, 2015)⁹ hanno influito negativamente sui processi d'innovazione dei Paesi membri dell'Unione Europea (UE). Questi ultimi, tuttavia, sono stati impattati in misura diversa, a

⁷ Rondinella T., Grimaccia E. (2015). "How austerity put a brake on the energy transformation in Italy", in B. Galgóczi B. (editor), "Europe's energy transformation in the austerity trap", *European Trade Union Institute – ETUI*, Brussels.

⁸ Kleinknecht A. (2015). "How 'structural reforms' of labour markets harm innovation", *Hans Böcker Stiftung - Institute of Economic and Social Research*, nr. 6 July.

⁹ Decker S. (2015). "Stagnation in Eurozone and transnationalizing capitalism", paper presentato alla 19th Conference of the Research Network Macroeconomics and Macroeconomic Policies (FMM) "*The Spectre of Stagnation? Europe in the World Economy*", 22-24 ottobre 2015, Berlino.

causa delle differenti caratteristiche strutturali dei rispettivi Sistemi Nazionali d'Innovazione¹⁰. In particolare, le competenze e la qualità delle risorse umane, la specializzazione nei settori ad elevata tecnologia e la presenza di un sistema finanziario sviluppato, sono fattori che sembrano poter controbilanciare gli effetti negativi della crisi sugli investimenti in innovazione delle imprese europee (Filippetti e Archibugi, 2011)¹¹.

Ritornando al tema centrale del presente lavoro, non va trascurato che le organizzazioni sanitarie, quale che sia la natura pubblica o privata delle istituzioni che ne detengono la proprietà, operano nel settore dei servizi pubblici. Quest'ultimo, com'è noto, è regolato da specifiche norme definite sia dai governi nazionali e sia dalla Commissione Europea. Il servizio sanitario, inoltre, è tutelato e garantito dalla Costituzione come diritto del cittadino e soggetto, a sua volta, a norme emanate a livello nazionale.

Il mercato dei servizi sanitari, infine, non rispecchia le teorie economiche classiche, tanto che alcuni autori lo definiscono un settore contraddistinto da una "economia anormale" (Hsiao, 1995)¹². Ciò implica che il tentativo di applicare i concetti dell'economia *mainstream* ai servizi sanitari può dare luogo a disfunzioni evidenti a carico delle organizzazioni sanitarie, dei cittadini ed utenti. Per la rilevanza di questo tema si è compiuto,

¹⁰ Circa i Sistemi Nazionali di Innovazione si veda il Cap. 1 paragrafo 1.3 – Innovazione tecnologica.

¹¹ Filippetti A., Archibugi D. (2011). "Innovation in Times of Crisis – National Systems of Innovation, Structure and Demand", *Research Policy*, doi:10.1016/j.respol.2010.09.001.

¹² Hsiao W. C. (1995). "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, 32(1-3):125-139. DOI: 10.1016/0168-8510(95)00731-7.

nell'ambito del percorso di Dottorato, uno studio specifico relativo all'ipotesi di introdurre le assicurazioni sanitarie private (ASP), integrandole funzionalmente in maniera complementare o sostitutiva, nel Servizio Sanitario Nazionale (Pirozzi e Saggese, 2015)¹³.

Le influenze sulle organizzazioni sanitarie derivanti dallo scenario economico-politico generale, sia a livello nazionale e sia internazionale, possono ascrivarsi principalmente ad alcuni macroprocessi fondamentali che sono tuttora in atto. Tra questi sono compresi la globalizzazione, l'affermazione di una visione economica *mainstream*, a sua volta basata sui costrutti di stampo neoliberista, che domina in maniera pervasiva l'azione politica, ed infine, il processo d'integrazione europea centrato sull'Unione Economica e Monetaria (UEM). Nel prosieguo di questo paragrafo s'illustreranno alcuni aspetti preminenti, relativi a questi fenomeni, che impattano e condizionano, quindi, il funzionamento delle organizzazioni sanitarie ed i relativi processi d'innovazione.

Globalizzazione

I processi di globalizzazione hanno avuto effetti rilevanti sotto il profilo economico, politico e culturale. Il libero movimento di beni, servizi e capitali ed, inoltre, la permeante integrazione dei

¹³ Pirozzi M. G., Saggese S. (2015). "Assicurazioni sanitarie private: conseguenze per i cittadini ed implicazioni per il SSN derivanti dalla loro eventuale introduzione – Un'opportunità o un vaso di Pandora?", *MECOSAN*, nr. 95.

mercati finanziari internazionali hanno determinato, tra le altre cose, una crescente ineguaglianza sociale (Stiglitz, 2012)¹⁴.

La natura estremamente divergente dell'inequiva redistribuzione dei redditi è la contraddizione "centrale" che connota l'attuale forma di capitalismo (*capitalismo finanziario*) e rappresenta un grave pericolo per la democrazia (Piketty, 2014)¹⁵.

Il sociologo e filosofo Zygmunt Bauman (2011)¹⁶, indagando criticamente la c.d. "post-modernità", ha sostenuto che la globalizzazione ha determinato una "compressione dello spazio e del tempo", identificando questa caratteristica come l'aspetto più generale e, nello stesso tempo, specifico della globalizzazione.

Nello sforzo di individuare le molteplici conseguenze di quest'ultima sulla condizione dell'uomo di oggi, Bauman mette in evidenza come i processi di globalizzazione non presentano quella unicità di effetti generalmente a loro attribuita. Gli usi del tempo e dello spazio non solo restano nettamente diversi, ma essi stessi inducono marcate differenze tra le persone. Bauman (2002)¹⁷ scrive: *"La globalizzazione divide tanto quanto unisce, divide mentre unisce, e le cause della divisione sono le stesse che, dall'altro lato, promuovono l'uniformità del globo"*.

Contemporaneamente all'emergere di una scala di dimensione planetaria per l'economia, la finanza, il commercio e

¹⁴ Stiglitz J.E. (2012). *"The Price of Inequality"*, Norton, New York.

¹⁵ Piketty T. (2014). *"Capital in the Twenty-First Century"*, Belknap Press, Harvard University Press.

¹⁶ Bauman Z. (2011). *"Modernità Liquida"*, Laterza.

¹⁷ Bauman Z. (2002). *"Dentro la globalizzazione. Le conseguenze sulle persone"*, Laterza.

l'informazione, è stato messo in moto un secondo processo, che a differenza del primo impone dei vincoli spaziali. Questo processo è indicato con il termine "localizzazione" ed altri studiosi, tra cui Robertson (1995)¹⁸, chiamano "glocalizzazione". La complessa e stretta interconnessione dei due processi comporta che si vadano differenziando, in maniera radicale, le condizioni in cui vivono intere popolazioni e vari segmenti all'interno delle singole popolazioni. A tale proposito, Bauman afferma: *"Ciò che appare come conquista di globalizzazione per alcuni, rappresenta una riduzione alla dimensione locale per altri; dove per alcuni la globalizzazione segnala nuove libertà, per molti altri discende come un destino non voluto e crudele"* (Bauman, 2002).

Tuttavia, il processo di "glocalizzazione", cioè la globalizzazione dei mercati ed, al tempo stesso, la regionalizzazione dell'economia (*localization*) non possono essere considerati fenomeni nuovi e peculiari della società post-industriale. Tutti i processi storici promossi da cambiamenti tecnologici comportano, infatti, almeno nelle fasi d'avvio, conseguenze diverse all'interno di una società o fra società diverse. Ciò non di meno, il problema che pone la globalizzazione è che la differenziazione in atto scava un solco, che appare insormontabile, tra una *élite* ristretta e il resto della popolazione mondiale: muoversi, che è una conseguenza immediata della

¹⁸ Robertson R. (1995). "Glocalization: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity", in Featherstone M., Lash S. e Robertson R. (eds.) *"Global Modernities"*, Sage, London.

compressione dello spazio e del tempo, *"ha significati radicalmente opposti per quanti sono al vertice e quanti si trovano al fondo della nuova gerarchia, mentre il grosso della popolazione, la nuova classe media, oscilla tra i due estremi e si accolla il carico di tale contrapposizione soffrendo, di conseguenza, acute incertezze, ansietà e paure esistenziali"* (Bauman, 2002).

Questa realtà post-moderna, caratterizzata da incertezze e mancanza di riferimenti costanti ed affidabili, Bauman (2011) la definisce "modernità-liquida", volendo indicare con la metafora della "liquidità" lo sciogliersi delle strutture sociali e la fine dell'esistenza umana intesa come progetto unitario con valori e obiettivi definiti.

Sulla stessa linea d'indagine, il sociologo Ulrich Beck (1992)¹⁹, investigando anch'egli circa gli effetti della globalizzazione e della modernità sulla società contemporanea, introduce il concetto di "nuova modernità". Quest'ultima, secondo Beck, ha plasmato la c.d. "società del rischio" (*Risikogesellschaft*), caratterizzata dalla comparsa di pericoli di varia natura che minacciano i valori fondamentali e consolidati della nostra esistenza: famiglia, lavoro e ambiente. Con l'emergere della società globale del rischio, infatti, fanno la loro comparsa *"pericoli prodotti e anticipati dall'uomo, che non si lasciano delimitare né spazialmente, né temporalmente, né socialmente. In questo modo le condizioni di fondo e le istituzioni di base della prima modernità,*

¹⁹ Beck U. (1992). *"Risk Society. Towards a New Modernity"*, SAGE Publications, London.

in altre parole i contrasti di classe, la statualità nazionale e l'idea di un progresso tecnico-economico lineare, vengono così cancellate" (Beck, 1992).

La "modernità liquida", proposta da Zygmunt Bauman (2011) e la "società del rischio" (*Risikogesellschaft*) delineata da Ulrich Beck (1992), riescono a rendere conto, forse meglio di altri costrutti concettuali, i temi dominanti, lo "spirito del tempo" o "*Zeitgeist*", che connota la c.d. post-modernità.

La globalizzazione, inoltre, con la conseguente esasperazione degli aspetti finanziari dell'economia, ha contribuito all'avvento della società del "non lavoro", intesa quest'ultima nel duplice senso della perdita di valore associata ad una visione/immagine tradizionale del lavoro e della perdita di spazi/opportunità lavorative *tout court* (Zamagni, 1996)²⁰.

Corporate Governance & Innovazione

Contemporaneamente, le stesse cause hanno determinato la rapida mutazione degli assetti organizzativi e di *governance* delle grandi imprese multinazionali (*corporation*). La scomparsa sul mercato azionario dei piccoli risparmiatori e la contestuale ascesa dei c.d. investitori istituzionali, infatti, ha obbligato i top manager (CEO) a dare conto dei risultati del loro lavoro ad istituzioni finanziarie che valutano le performance dell'impresa sulla base dell'andamento del prezzo delle azioni in Borsa. Gli stessi CEO

²⁰ Zamagni S., 1996, "*Il mercato globale e la società post-industriale*", in Roversi Monaco F., Varni A., Bottari C. (a cura di), "*Leggere il mutamento nella società di fine millennio*", Vallecchi Editore, Firenze.

hanno ulteriori e personali motivi per tenere in elevata considerazione il prezzo delle azioni perché la loro remunerazione è strutturata con *stock option* (Davis, 2009b)²¹, evidenziando incidentalmente un possibile problema di agenzia (*agency problem*) rispetto ai diritti dei piccoli azionisti.

Tuttavia, questo processo di “finanziarizzazione” delle imprese ha rappresentato un cambiamento radicale di paradigma, che Davis (2009a)²² definisce come la teoria funzionalista (*functionalist theory*) della *Corporate Governance* (C.G.). Ciò ha determinato la focalizzazione della C.G. sui principi del c.d. “*shareholder value capitalism*”. Quest’ultimo definisce, come scopo principale dell’impresa, la generazione di valore per gli azionisti e nel quale la misura primaria del successo è rappresentata, quindi, dalle quotazioni di borsa delle azioni. Gli effetti sulle *corporation* si sono concretizzati in cambiamenti strutturali e comportamentali molto rilevanti. Tra gli effetti strutturali qui richiamati, ricordiamo la reingegnerizzazione della catena del valore con la messa a punto di un nuovo modello di *business*. Quest’ultimo è connotato dall’*outsourcing* delle funzioni di produzione, commercializzazione, *marketing*, lasciando all’interno della *corporation* soltanto le funzioni d’ideazione e progettazione dei nuovi prodotti/servizi, focalizzando l’organizzazione, quindi, sulla gestione e sviluppo del proprio Capitale Intellettuale. Questo tipo d’organizzazione

²¹ Davis G.F. (2009b). “The Rise and Fall of Finance and the End of the Society of Organizations”, *Academy of Management Perspectives*, Agosto 2009.

²² Davis G.F. (2009a) “*Managed by the Markets – How Finance Reshaped America*”, Oxford University Press, New York.

d'impresa è stato indicato come O.E.M. (Scott e Davis, 2007)²³ ribaltando il significato originario di questo termine²⁴, oppure *Network* (Sturgeon, 2002)²⁵, o ancora *Platform Company* (in gergo *Platco*). Quest'ultima definizione è stata coniata dall'economista francese Charles Gave (Gave, Kaletsky e Gave, 2005)²⁶ e riferita da Anatole Kaletsky (2010)²⁷ nel suo libro "*Capitalism 4.0*". Secondo Kaletsky, l'emergere di queste nuove forme d'impresa ha determinato la drastica riduzione del potere contrattuale dei lavoratori ed una intensificazione della competizione tra USA ed Europa. Possiamo affermare, inoltre, che questo nuovo modello di *business* ha offerto nuovi strumenti ai CEO per minimizzare le tasse potendo decidere dove pagarle in base al regime fiscale più conveniente (*regime shopping*). Questo fenomeno ha determinato l'erosione della base imponibile degli Stati sovrani, con conseguente riduzione delle entrate fiscali e lo spostamento, operato dalle *corporation*, dei loro profitti nei c.d. paradisi fiscali (*Base Erosion and Profits Shifting - BEPS*).

²³ Scott W. R., Davis G. F. (2007). "*Organizations and organizing: Rational, natural, and open systems perspectives*", Pearson Prentice Hall, NJ.

²⁴ Il termine O.E.M (Original Equipment Manufacturer) originariamente indicava imprese terze che erano in grado, detenendo tutto il know-how relativo a specifici settori produttivi, di realizzare prodotti finiti per grandi imprese che a loro volta li commercializzavano apponendovi il proprio marchio. Nell'accezione attuale, invece, il termine O.E.M. indica le corporation che gestiscono completamente il ciclo del valore di determinati prodotti/servizi, affidando in outsourcing ad imprese terze, dislocate su scala planetaria, i segmenti non strategici della *value chain*. Le organizzazioni OEM, in questo modo, gestiscono completamente la conoscenza del settore produttivo di competenza e (*knowledge based organizations*) conservando in questo modo il completo controllo del proprio portafoglio di prodotti/servizi.

²⁵ Sturgeon T. J. (2002). "Modular production networks: A new American model of industrial organization", *Industrial and Corporate Change*", Vol.11.

²⁶ Gave C., Kaletsky A., Gave L. V. (2005) "Our Brave New World", GaveKal Research.

²⁷ Kaletsky A. (2010) "*Capitalism 4.0 - The Birth of a New Economy in the Aftermath of Crisis*", Public Affairs - Perseus Books Group.

I processi di “finanziarizzazione” e “reengineering”, del *business model* delle *corporation*, hanno determinato un’altra anomalia comportamentale che riguarda direttamente l’innovazione. A tale proposito, infatti, Mazzucato (2014)²⁸ osserva che negli ultimi anni le maggiori *corporation* operanti nell’industria farmaceutica (*Big Pharma*), hanno impiegato fondi rilevanti per ricomprare le proprie azioni (*share buybacks*) facendo lievitare, in questo modo, sia il prezzo delle azioni e sia gli introiti dei CEO derivanti dalle proprie *stock option*. Questo effetto perverso ha comportato una rilevante riduzione dei fondi dedicati da *Big Pharma* alla ricerca di nuovi farmaci, confidando per questo aspetto sulla ricerca di base sviluppata a spese dello Stato e focalizzando l’innovazione di prodotto sull’imitazione di farmaci già disponibili sul mercato ma con brevetto scaduto, cioè i farmaci c.d. “*me too*”.

Il sistema complessivo pubblico-privato dell’innovazione nel settore farmaceutico somiglia, secondo Mazzucato, di più “*ad un sistema parassitico piuttosto che simbiotico*”, con il privato che sfrutta i risultati della ricerca di base finanziata con fondi statali. Mazzucato (2014) continua, affermando che il problema dello *share buybacks* non è un fenomeno limitato, ma piuttosto esso assume i connotati di un andamento “rampante”. Nell’ultimo decennio, infatti, le 500 Compagnie nell’omonimo elenco stilato da *Standard & Poor’s*, hanno speso 3 trilioni di dollari nelle attività di

²⁸ Mazzucato M. (2014). “*The Entrepreneurial State – Debunking Public vs. Private Myths*”, Anthem Press, London.

share buybacks, in parte sottraendoli alle attività di R&S e quindi d'innovazione (Lazonick, 2012)²⁹.

Questi rilevanti cambiamenti, a loro volta indotti dai processi di globalizzazione e di finanziarizzazione dell'economia, hanno determinato, per le *corporation*, il passaggio da un'organizzazione di tipo industriale, centrata sulla produzione e caratterizzata da un'estesa integrazione di tipo verticale della filiera produttiva, a forme organizzative più flessibili ed agili, in grado di operare su scala globale. Queste ultime possiedono le capacità e competenze necessarie per spostare repentinamente, da uno Stato ad un altro, risorse finanziarie, sedi legali e fiscali (*regime shopping*) e siti produttivi (delocalizzazione). Come se ciò non bastasse, le *corporation* riescono ad esercitare enormi pressioni lobbistiche sui diversi governi locali per ottenere vantaggi e normative favorevoli (*regulatory capture*). Tutto ciò in accordo a necessità e/o convenienze proprie (*self-interest*), determinando, di fatto, sia impatti sulle imprese terze e sia rilevanti esternalità, sotto il profilo economico e sociale, che purtroppo restano a carico delle comunità ed istituzioni locali.

Secondo Gerald Davis (2009a), sembra avverarsi la previsione formulata da Berle e Means (1932)³⁰ secondo la quale le *corporation* avrebbero potuto, un giorno, sostituire lo Stato

²⁹ Lazonick W. (2012). "The Innovative Enterprise and the developmental State: toward and Economics of "organizational Success"", paper presentato alla *Annual Conference of the Institute for New Economic Thinking - INET*, Bretton Woods, NH, USA.

³⁰ Berle A.A., Means G.C. (1932) "*The Modern Corporation and Private Property*", Transaction Publishers, New Brunswick, NJ.

come forma dominante di organizzazione sociale. Questa nuova natura delle *corporation*, che sembrano poter sfuggire alle regole ed alle norme dei governi nazionali, eppure in grado di portare localmente gli effetti della loro presenza, può essere ben sintetizzata dalla famosa frase del Lord Cancelliere d'Inghilterra Edward, Primo Barone di Thurlow (1731-1806). Questi, dovendo giudicare l'operato di una *corporation* chiamata in giudizio e provando frustrazione per la difficoltà ad esercitare il suo mandato, osservava che *"nonostante ci si aspetti che esse abbiano una coscienza, le corporation non hanno un'anima che possa finire dannata né un corpo da poter prendere a calci"* (*"Did you ever expect a corporation to have a conscience, when it has no soul to damn and no body to kick"*) (Coffee, 1981)³¹.

I teorici economici ed i giuristi affermano, infatti, che le *corporation* sono mere finzioni legali, cioè dispositivi adatti ed utili ad ottenere risorse finanziarie (Davis, 2009a).

Secondo William Lazonick (2015)³², il fenomeno "rampante" dello *share buyback* rappresenta un'importante spiegazione sia della concentrazione dei redditi tra le famiglie più ricche, e sia della scomparsa delle opportunità di lavoro per la classe media, che si sono verificati negli USA nel corso degli ultimi tre decenni. Secondo Lazonick (2015), durante questo periodo l'allocazione di risorse in molte *corporation*, se non nella maggior parte di esse, è

³¹ Coffee J.C. Jr. (1987) "No Soul to Damn, No Body to Kick": An Unscandalized inquiry into the Problem of Corporate Punishment", *Michigan Law Review*, Vol. 79/3.

³² Lazonick W. (2015). "Stock buybacks: From retain-and-reinvest to downsize-and-distribute", *Center for Effective Public Management, The Brookings Institution*, Washington DC.

passata da un approccio "retain-and-reinvest" ad un altro, che Lazonick definisce "downsize-and-distribute". Nel primo approccio, che è stato quello prevalente nel periodo dopo la II Guerra Mondiale, le *corporation* trattenevano i profitti e li reinvestivano nelle loro imprese per migliorare le capacità produttive integrate nella loro forza lavoro. Nel secondo approccio, affermatosi negli USA a partire dalla fine degli anni '70, le *corporation* riducono la forza lavoro, licenziando i lavoratori più esperti, che spesso sono anche quelli più costosi, e distribuiscono i profitti agli azionisti.

Il lavoro di Lazonick (2015, 2014³³), suggerisce che le *corporation*, utilizzando uno schema d'allocazione delle risorse del tipo "downsize-and-distribute", sono responsabili, in misura rilevante, dell'attuale configurazione dell'economia americana, caratterizzata da elevata ineguaglianza nei redditi, instabilità dei rapporti di lavoro e diminuite capacità d'innovazione (Lazonick, 2015; Lazonick e Mazzucato, 2013³⁴).

"Over the decade 2004-2013, 454 companies in S&P 500 Index in March 2014 that were publicly listed over the ten years did \$3.4 trillion in stock buybacks, representing 51 percent of net income. These companies expended an additional 35 percent of net income on dividends. And buybacks remain in vogue: According to data compiled by Factset, for the 12-month period ending December 2014, S&P 500 companies spent \$565 billion on buybacks, up 18 percent from the previous 12-month period." (Lazonick, 2015)

³³ Lazonick W. (2014). "Profits Without Prosperity: How Stock Buybacks Manipulate the Market, and Leave Most Americans Worse Off", Paper presentato alla *Annual Conference of the Institute for New Economic Thinking INET*, Toronto, April 10-:-12.

³⁴ Lazonick W., Mazzucato M. (2013). "The Risk-Reward Nexus in the Innovation-Inequality Relationship", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 22/4.

Il comportamento delle grandi *corporation* farmaceutiche è particolarmente condizionato dai fenomeni dello *share buyback* e dalla costante ricerca di soluzioni per eludere le tasse. Atteso che le organizzazioni sanitarie sono i principali acquirenti dei farmaci prodotti da queste imprese, sembra opportuno presentare il caso della Pfizer che si ritiene, in questa prospettiva, sufficientemente paradigmatico.

Il modello di *business* della PFIZER e la sua fusione con ALLERGAN

A novembre del 2015, la PFIZER ha dato l'annuncio della prevista fusione, per acquisizione, con l'ALLERGAN che ha sede nel Regno Unito. Questa operazione renderà possibile il trasferimento della sede fiscale in Irlanda, per sfruttare i livelli di tassazione inferiori offerti da questo Stato, utilizzando il meccanismo fiscale, noto come "*tax inversion*" o "*company inversion*", previsto dalle leggi USA. L'operazione d'acquisizione, che vale circa 160 miliardi di dollari, è ancora in attesa di approvazione da parte della *Federal and Drug Administration* (FDA), e prevede anche consistenti tagli dei costi per circa 2 miliardi di dollari.

Oltre la questione riguardante l'erosione della base imponibile (BEPS), ai danni del governo USA, indotta dalla operazione di fusione Pfizer- Allergan, emerge anche un diretto effetto sulle attività di Ricerca e Sviluppo di questa *corporation*. Il giornalista Ed Silverman (2015)³⁵, sottolinea, infatti, che negli ultimi anni la Pfizer ha chiuso alcuni suoi importanti centri di ricerca, licenziando migliaia di ricercatori, nel Regno Unito e nello Stato americano del Connecticut. Sebbene la nuova *corporation*, risultante dalla prevista operazione di fusione, avrebbe un budget più ampio per la ricerca di nuovi medicinali, quest'ultima attività potrebbe non avere una elevata priorità. Il CEO dell'Allergan Brent Sanders, che sarà il nr. 2 della nuova *corporation*, infatti, in precedenza ha "*deriso l'idea che la scoperta di nuovi farmaci sia in grado di generare un sufficiente ritorno per gli investitori*" (Silverman, 2015).

³⁵ Silverman Ed (2015). "Pfizer-Allergan deal. A boon to shareholders, a blow to R&D", articolo pubblicato dal giornale on-line STAT - *Reporting from frontiers of health and medicine*, <https://www.statnews.com/2015/11/23/pharmalot-pfizer-allergan-innovation/>, novembre 2015.

Lazonik *et al.* (2015)³⁶ hanno definito la strategia con la quale la Pfizer persegue l'accumulazione di profitti per i suoi azionisti, il "*modello di business corrotto della Pfizer*". Questa *corporation*, infatti, nel periodo 2010-2014 ha visto ridursi drasticamente il fatturato da 67,8 a 49,6 miliardi di dollari, principalmente a causa dell'avvenuta scadenza dei brevetti su alcuni suoi farmaci di maggiore successo di vendita (*blockbuster drug*). Nello stesso periodo, la Pfizer ha ridotto il suo personale, a livello mondiale, da 110.600 a 78.000 unità, mentre la spesa in R&S, comparata ai livelli degli ultimi 15 anni, si è ridotta sensibilmente. Secondo Lazonik *et al.* (2015), la Pfizer ha perduto da tempo la sua capacità di generare nuovi farmaci. Dal 2001, infatti, la Pfizer ha ottenuto significativi risultati di vendita soltanto con quattro farmaci sviluppati all'interno, l'ultimo dei quali registrato nel 2005. Essa è riuscita, tuttavia, ad ottenere enormi introiti non attraverso la scoperta di nuovi farmaci, ma attuando una strategia di continue acquisizioni d'aziende farmaceutiche innovative che avevano in portafoglio dei farmaci c.d. *blockbuster*. Negli ultimi quindici anni, infatti, la crescita del *business* di Pfizer è stata guidata da tre maggiori acquisizioni: Warner-Lambert nel 2000, Pharmacia nel 2003 e la Wyeth nel 2009, e queste imprese hanno portato in dote un certo numero di farmaci *blockbuster*. Il farmaco più lucrativo è stato certamente il Lipitor della Warner-Lambert che aveva fatto registrare, nel periodo 2010-2011, una media annuale di vendite pari a 11 miliardi di dollari. Nel 2014, la Pfizer ha tentato di acquisire, senza successo, l'AstraZeneca, la *corporation* farmaceutica anglo-svedese che registra rilevanti vendite nel settore dei farmaci antitumorali. Adesso la Pfizer sembra aver trovato la soluzione con l'acquisizione dell'Allergan. Quest'ultima, infatti, detiene la proprietà del Botox, farmaco antirughe di grande successo ed utilizzato, successivamente, anche per uso terapeutico in diverse patologie.

Lazonick *et al.* (2015) affermano che la strategia di Pfizer di ricercare l'incremento del prezzo delle proprie azioni, attraverso lo *share buyback*, ha funzionato. Nonostante che le vendite della compagnia siano crollate dal 2010 di circa 20 miliardi di dollari ed i suoi dipendenti siano

³⁶ Lazonik W., Tulum Ö, Hopkins M. (2015). "Global Tax Dodging Just One Part of Pfizer's Corrupt Business Model", *INET - Institute for New Economic Thinking*, <http://ineteconomics.org/ideas-papers/blog/global-tax-dodging-just-one-part-of-pfizers-corrupt-business-model>, dicembre 2015.

diminuiti di 40.000 unità, i profitti della Pfizer sono eccezionalmente alti e le quotazioni delle azioni sono aumentate vertiginosamente. Nei primi nove mesi del 2015, infatti, la Pfizer ha versato circa 2,2 miliardi di dollari per tasse sul reddito. Nello stesso periodo, tuttavia, la stessa *corporation* ha distribuito, ai suoi azionisti, capitali cinque volte superiori, cioè 11,4 miliardi di dollari, di cui 6,2 miliardi in *share buybacks* e 5,2 miliardi in dividendi. Questa strategia, concludono Lazonick *et al.* (2015), viene perseguita dalla Pfizer “*with huge cost to American innovation, employment, and income distribution*”.

Il “pacchetto” d’idee neoliberiste

In accordo a Joseph Stiglitz, le idee neoliberiste, pur avendo ampiamente dimostrato, sotto il profilo empirico, la loro infondatezza, rappresentano tuttora paradigmi dominanti della politica (Stiglitz, 2002, 2012)³⁷. Per questo motivo, esse sono state indicate da alcuni autori come idee “non-morte” o idee “zombi”, cioè idee che seppure morte sotto il profilo accademico continuano a circolare ed ad essere applicate dai *policy maker* (Krugman, 2010, 2015; Quiggin, 2012)³⁸.

Del resto, già nel 1936, il famoso economista John Maynard Keynes, metteva in guardia circa il potere delle idee, degli economisti e dei filosofi politici, di sopravvivere a se stesse, cioè di continuare ad essere adottate dai *policy maker* anche quando tali

³⁷ Stiglitz J.E. (2002). “*Globalization and Its discontents*”, Norton, New York.

Stiglitz J.E. (2012). “*The Price of Inequality*”, Norton & Company, New York.

³⁸ Quiggin J. (2012). “*Zombies Economics – How dead Ideas Still Walk Among Us*”, Princeton University Press, Fifth Edition.

Krugman P. (2010). “*When Zombies Win*”, The New York Times – The Opinion Pages, <http://www.nytimes.com/2010/12/20/opinion/20krugman.html> .

Krugman P. (2015). “*The Zombies of 2016*”, The New York Times – The Opinion Pages, <http://www.nytimes.com/2015/04/24/opinion/paul-krugman-zombies-of-2016.html?hp>

idee sono state ampiamente confutate dai riscontri empirici (Keynes, 1936)³⁹.

"The ideas of economists and political philosophers, both when they are right and when they are wrong, are more powerful than is commonly understood. Indeed the world is ruled by little else. Practical men, who believe themselves to be quite exempt from any intellectual influences, are usually the slaves of some defunct economist. Madmen in authority, who hear voices in the air are distilling their frenzy from some academic scribbler of a few years back." (J. M. Keynes, *"The General Theory of Employment, Interest and Money"*, chapter 24).

Le idee c.d. *"undead"*, che costituiscono il nucleo del pensiero neoliberista, si possono riassumere brevemente nelle seguenti (Quiggin, 2012):

1. I mercati sono efficienti e non hanno bisogno di essere regolamentati (*Efficient Markets Hypothesis*);
2. Il periodo iniziato nel 1985 è stato connotato da stabilità economica senza precedenti (*Great Moderation*);
3. L'analisi macroeconomica non dovrebbe guardare ai dati aggregati, come la bilancia degli scambi commerciali oppure i livelli del debito, ma piuttosto dovrebbe tener conto esclusivamente dei modelli microeconomici basati su elaborazioni statistiche del comportamento economico degli individui (*Dynamic Stochastic General Equilibrium - DSGE*);
4. Le politiche che apportano benefici ai più abbienti alla fine finiranno per beneficiare tutti (*Trickle-down economics*);

³⁹ Keynes J.M. (1936). *"The General Theory of Employment, Interest and Money"*, Atlantic Publishers, Google Book Editions, New Delhi, India.

5. Qualsiasi funzione gestita dal Governo potrebbe essere realizzata dalle imprese private in maniera migliore (*Privatization*);
6. La migliore risposta ad una crisi, per esempio come quell'attuale, è tenere a posto i bilanci pubblici ed aspettare che il settore privato recuperi.

In accordo a Quiggin (2012), l'insieme di queste idee rappresenta un pacchetto unico che ha assunto denominazioni differenti in diversi Paesi: "*Thatcherismo*" nel Regno Unito, "*Reaganismo*" negli Stati Uniti, il c.d. "*Washington Consensus*" nei Paesi in via di sviluppo, ed infine "*Neoliberismo*" in ambito accademico.

In particolare, il c.d. *Washington Consensus*, costruito originato da John Williamson dell'*Institute for International Economics* (IIE), è costituito da 10 prescrizioni, tra le quali spiccano i tre elementi fondamentali: l'austerità, la privatizzazione e la liberalizzazione.

Il Fondo Monetario Internazionale (IMF), supportato dal Dipartimento del Tesoro USA e dalla Banca Mondiale, iniziò ad adottare questa filosofia d'approccio, come prescrizione standard per i Paesi in via di sviluppo, allorché questi richiesero aiuti finanziari all'IMF a seguito della crisi del 1980 (Quiggin, 2012).

Secondo Cassidy (2009)⁴⁰, l'ideologia dell'efficienza del libero mercato, insieme alle altre idee sopra riferite, rappresenta

⁴⁰ Cassidy J. (2009). "*How Markets Fail*", Farrar - Strauss - Giroux,. New York.

molto di più di una posizione ideologica, bensì essa delinea *“un modo ben sviluppato ed omnicomprensivo di intendere il mondo”*.

Questa visione delle cose è la stessa che è implementata dalla c.d. *Troika* (Commissione Europea, BCE, IMF) per affrontare la crisi dell'Eurozona. In virtù dell'applicazione dell'ideologia neoliberista, infatti, le politiche fiscali imposte dalla Commissione Europea agli Stati membri con elevato debito pubblico, tra questi l'Italia, hanno messo sotto attacco il c.d. *welfare state*, originato a sua volta dagli accordi raggiunti negli anni del dopoguerra tra il capitalismo industriale, il potere politico ed i sindacati.

Colin Crouch (2012)⁴¹ osserva che il *welfare state*, cioè lo Stato sociale che assicura, in forma gratuita a tutti i cittadini, un insieme di servizi essenziali come diritti inalienabili della persona, tra questi istruzione e sanità, sono incidentalmente aree di *business* potenziale sottratte di fatto al capitale. Ed ancora, Crouch (2012) osserva: *“il capitalismo post-industriale, quindi, ha iniziato il tentativo di smantellare gli accordi fatti dai suoi predecessori nell'industria ed abbattere, in questo modo, le barriere alla commercializzazione e mercificazione imposte dal concetto di cittadinanza tipico degli anni '50-'60”*.

Colin Crouch (2012), sottolinea che *“la potente organizzazione World Trade Organization (WTO), incaricata dalle superpotenze di liberalizzare gli scambi internazionali di beni e servizi,.....oltre a liberalizzare i mercati esistenti, il WTO tenta di*

⁴¹ Crouch C. (2012). *“Postdemocrazia”*, Editori Laterza.

*introdurre il mercato in settori che prima erano regolati da principi differenti. In particolare, ha identificato il welfare state, compresi la pubblica istruzione ed i servizi sanitari, come aree che dovrebbero essere aperte al mercato ed alla privatizzazione*⁴².

Shaffer *et al.* (2005)⁴³, evidenziano che il WTO e gli accordi regionali come il *Nort American Free Trade Agreement* (NAFTA), avendo carattere giuridico prevalente si sovrappongono al sistema delle leggi nazionali degli Stati membri, ivi incluse le norme nazionali che regolano la sanità pubblica. Nell'ambito delle sue prerogative, infatti, nel 1994 il WTO ha esteso il GATT al settore dei servizi, dando vita al trattato noto come *General Agreement on Trade in Services* (GATS), che copre 160 settori diversi di servizi, tra questi sono compresi i servizi sanitari, istruzione e servizi sociali.

Dal 2013 sono in corso trattative commerciali segrete tra la UE e gli USA, per la definizione di un trattato di libero scambio (*Transatlantic Trade and Investment Partnership* - TTIP) che unirebbe il "libero mercato" della UE a quello degli USA, per formare un unico "libero mercato" di oltre 800 milioni di

⁴² L'attuale contesto degli accordi che regolano il commercio internazionale nascono dagli accordi di Bretton Woods, a loro volta organizzati allo scopo di generare crescita economica e la ricostruzione in Europa e Giappone. Negli anni 1944-47, questi negoziati portarono alla creazione dell'*International Monetary Fund* (IMF), *World Bank* ed alla definizione del *General Agreement on Tariffs and Trade* (GATT). Quest'ultimo avente lo scopo di ridurre le tariffe ed i limiti (*quotas*) applicate agli scambi internazionali. Negli anni '80 e '90, le istituzioni finanziarie qui riferite hanno abbracciato l'insieme di politiche economiche denominate "*Washington Consensus*", che comportano, come è noto, *deregulation*, privatizzazione dei servizi pubblici e meccanismi che tengono bassa l'inflazione, assicurano la stabilità dei cambi delle valute e facilitano le operazioni dei grandi gruppi (*corporation*) multinazionali (Shaffer *et al.*, 2005).

⁴³ Shaffer E.R., Waitzkin H., Brenner J., Jasso-Aguilar R. (2005). "Global Trade and Public Health", *Health Policy and Ethics*, Vol. 95/1.

consumatori. Pur non entrando nel merito di questo tema, corre l'obbligo di rilevare, in particolare, tre effetti negativi sui servizi sanitari che sarebbero diretta conseguenza della firma di questo trattato. Il primo di questi sarebbe un'ulteriore liberalizzazione dei servizi sanitari, il secondo è rappresentato dall'apertura del mercato europeo alle Assicurazioni Sanitarie Private (ASP) basate negli USA, ed il terzo è relativo alla quasi certezza che il TTIP comprenderà la clausola "*Investor-to-State Dispute Settlements*" (ISDS)⁴⁴. Questa clausola, infatti, renderebbe praticamente irreversibile una eventuale apertura del mercato dei servizi sanitari agli operatori privati senza il pagamento di enormi penali a favore di queste ultime a titolo di risarcimento (Bennet, 2014)⁴⁵.

Un ulteriore motivo di preoccupazione, relativo alla firma di questo trattato, sarebbe la clausola c.d. "*Regulatory Cooperation*". La clausola in questione opererebbe su due livelli: il primo imporrebbe vincoli precisi circa il modo in cui gli Stati nazionali conducono le loro attività di regolamentazione all'interno dei loro rispettivi territori, esigendo che ogni Governo nazionale firmatario coinvolga tutti gli *stakeholder*, essenzialmente le rappresentanze delle *corporation*, procedendo ad un'analisi d'impatto, ogni volta che lo stesso Governo intenda introdurre modifiche o nuove normative a livello nazionale. Il secondo livello è rappresentato dal

⁴⁴ Questa clausola consentirebbe alle grandi imprese straniere (investitori) di citare uno Stato sovrano, innanzi a collegi arbitrari internazionali privati, per reclamare indennizzi economici nel caso ritenessero che modifiche a normative/leggi introdotte a livello nazionale abbiano arrecato danni ai loro investimenti e relativi profitti.

⁴⁵ Bennet N. (2014). "Health concerns raised over EU-US trade deal", *The Lancet*, Vol. 384/9946.

fatto che il TTIP creerebbe un organismo proprio, cioè il c.d. *“Regulatory Body Council”* che opererebbe per facilitare il *“learning”* e lo *“exchange”* in materia di normative relative alla produzione/commercializzazione di beni e servizi oggetto del trattato di libero scambio (Bartl, 2015)⁴⁶, con il pericolo che gli Stati sovrani siano obbligati, nel medio e lungo periodo, a conformarsi a norme più permissive adottate in certi Paesi.

Il 13 marzo 2015, 71 organizzazioni sanitarie pubbliche, provenienti da 41 Paesi europei, hanno stilato una dichiarazione congiunta nella quale hanno espresso preoccupazione per gli esiti negativi sulla salute pubblica che deriverebbero dall’approvazione del trattato *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP)⁴⁷. In tale dichiarazione, inoltre, la *UK Faculty of Public Health* (FPH), insieme alla *European Public Health Association* (EUPHA), hanno chiesto all’Unione Europea di rinunciare al TTIP e porre la salute dei cittadini prima del profitto.

Il Professore Martin McKee, Presidente della EUPHA, ha affermato: *“TTIP will take the power to make decisions away from democratically elected politicians and put it in the hands of a mechanism that is beyond public scrutiny and outside the UK court system. EUPHA and FPH are calling on the European Union*

⁴⁶ Bartl M. (2015). “TTIP’s Regulatory Cooperation and the Politics of “Learning””, Social Europe, www.socialeurope.eu/2015/11/ttips-regulatory-cooperation-and-the-politics-of-learning.

⁴⁷ Faculty of Public Health - FPH (2015). “TTIP’s threat to people’s health in UK and across Europe”, accesso al 15 febbraio 2016, http://www.fph.org.uk/ttip_%27threat_to_people%27s_health_in_uk_and_across_europe%27.

to put health before profit and reject TTIP. We need healthy communities for economic growth”.

Nella stessa occasione, la *UK Faculty of Public Health* (FPH) ha pubblicato un *Policy Report* (Weiss, 2015)⁴⁸, nel quale sono evidenziati tutti i rischi ed i pericoli, per il diritto alla salute dei cittadini europei, derivanti dall’approvazione del TTIP.

Secondo Price, Pollock e Shaoul (1999)⁴⁹, la lunga tradizione europea dei *welfare* nazionali, basati sulla solidarietà, realizzata attraverso la comune condivisione del rischio (*risk-pooling*) e dei servizi erogati sotto la responsabilità d’istituzioni pubbliche, è smantellata a beneficio delle grandi *corporation* farmaceutiche, assicurative e quelle del settore dei servizi.

Il processo d’integrazione europea e la moneta unica

Il processo d’integrazione europeo, così come esso è regolato dai Trattati di Maastricht (1992) e di Lisbona (2007), ha comportato, da un lato, una perdita netta di sovranità degli Stati membri a vantaggio delle strutture tecnocratiche (Commissione Europea, BCE) che costituiscono il braccio operativo dell’Unione Europea (Magli, 2011; Napoleoni, 2013)⁵⁰ e, dall’altro lato, una

⁴⁸ Weiss LL.M. (2015). “*Trading Health? UK Faculty of Public Health Policy Report on the Transatlantic Trade and Investment Partnership*”, UK Faculty of Public Health, London. Accesso 15 febbraio 2016, <http://www.fph.org.uk/uploads/FPH%20Policy%20report%20on%20the%20Transatlantic%20Trade%20and%20Investment%20Report%20-%20FINAL.pdf>.

⁴⁹ Price P., Pollock A., Shaoul J. (1999). “How the World Trade Organization is Shaping Domestic Policies in Health Care”, *The Lancet*, Vol. 354.

⁵⁰ Magli I. (2011). “*La Dittatura Europea*”, BUR Rizzoli - RCS, Milano.

Napoleoni L. (2013). “*Democrazia Vendesi – Dalla crisi economica alla politica delle schede bianche*”, Rizzoli – RCS, Milano.

pedissequa applicazione delle idee neoliberiste (De Benoist, 2014)⁵¹. Queste ultime, lungi dall'essere confinate nell'ambito della letteratura economica, pervadono i Trattati Europei e le relative istituzioni tecnocratiche, impattando nel funzionamento delle istituzioni nazionali e nella vita lavorativa e sociale dei cittadini.

Secondo Mossialos *et al.* (2010)⁵², le politiche dell'Unione Europa (UE) che riguardano il settore dei servizi sanitari presentano una fondamentale contraddizione. Da un lato, il Trattato della Comunità Europea (EC Treaty) stabilisce esplicitamente che la sanità è responsabilità dei singoli Stati Membri (art. 152(5) EC). Dall'altro lato, invece, il sistema sanitario di ciascuno degli Stati membri coinvolge interazioni con persone (pazienti e operatori sanitari), beni (farmaci e dispositivi sanitari) e servizi (prestazioni mediche e assicurative), ai quali sono garantiti libertà di movimento nell'ambito dell'UE. In questo modo, quindi, molte attività dei sistemi sanitari nazionali, relative al finanziamento, produzione e fornitura dei servizi sanitari, sono soggette, di fatto, alle disposizioni legislative dell'Unione Europea (UE) ed alle politiche da questa formulate.

Questa contraddizione è connotata, infatti, dall'ossessiva ricerca dell'efficienza del c.d. "Mercato Interno" (*Internal Market*) e dalla contemporanea delega agli Stati Membri di realizzare

⁵¹ De Benoist A. (2014). *La Fine della Sovranità – Come la dittatura del denaro toglie il potere ai popoli*, Arianna editrice.

⁵² Mossialos E., Permanand G., Beaten R., Herve T. (2010). *Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy*, in Mossialos *et al.*, Cambridge: Cambridge University Press.

politiche sanitarie efficaci assicurando uguaglianza e coesione sociale.

Questa manifesta incapacità dell'UE di coniugare adeguatamente le politiche di costruzione del "mercato interno" con la definizione di politiche di protezione sociali efficaci rappresenta una "asimmetria costituzionale" (*constitutional asymmetry*) che affligge l'UE dalla sua fondazione e connota l'attuale processo d'integrazione europeo (Scharpf, 2002, 2009)⁵³.

Il sistema di *governance* definito dall'Unione Europea per fronteggiare la crisi ha dato spazio alle c.d. "misure d'austerità" e "riforme strutturali" per recuperare competitività. Riferendosi a queste misure, Paul Krugman (2010) ha osservato, senza mezzi termini, che esse rappresentano "*lo strano trionfo d'idee fallimentari*", aggiungendo che i "*I fondamentalisti del libero mercato hanno sbagliato su tutto, eppure, essi dominano oggi la scena politica in maniera più profonda che mai*".

La strategia di lungo termine formulata dall'UE (Commissione Europea e Consiglio Europeo) è basata sul meccanismo della c.d. "*economic surveillance*", annunciato nel 2011 dall'allora presidente della Commissione Europea Barroso (EUobserver, 2011)⁵⁴. Questo meccanismo è focalizzato in maniera predominante sul consolidamento delle finanze pubbliche,

⁵³ Scharpf F.W. (2002). "The European social model: coping with the challenges of diversity", *Journal of Common Market Studies*, Vol. 40.

Scharpf F.W. (2009). "The Asymmetry of European Integration - Why the EU cannot be a "Social Market Economy"", *Kolleg-Forscherguppe (KFG), The Transformative Power of Europe*", Working Paper Nr. 6.

⁵⁴ EUobserver (2011). "EU ushers in 'silent revolution' in control of national economic policies", <http://euobserver.com/institutional/31993>.

attuato con i tagli alla spesa e l'aumento delle tasse sui consumi, senza curarsi delle esternalità e dei relativi effetti regressivi, prodotti da entrambe. In particolare, le misure d'austerità tendono a ridurre le spese per servizi sanitari, servizi sociali, pensioni e investimenti strutturali (OECD, 2012)⁵⁵.

I criteri di Maastricht hanno modellato, di fatto, l'Eurozona ed il Mercato Unico europeo (*Internal Market*) come un'unione di Stati nazionali che competono l'uno con l'altro come se fossero imprese (Lehndorff, 2015)⁵⁶. Su quest'aspetto deleterio e divisivo del processo di integrazione europeo, Joseph Stiglitz's (2013)⁵⁷ così ha scritto: "*The euro was supposed to bring growth, prosperity, and a sense of unity to Europe. Instead, it has brought stagnation, instability, and divisiveness*".

A partire dai primi anni '90, insigni economisti avevano avvertito i *policy maker* europei dei gravi pericoli, incombenti sugli Stati sovrani e sulle popolazioni europee, insiti nel progetto di unificazione monetaria ed economica europea che all'epoca si andava delineando. Ciò non di meno, questo disegno è stato portato avanti senza tenerne conto, svincolato dal controllo democratico, ed antepoendo l'unificazione economica e monetaria all'unificazione politica degli stati europei.

⁵⁵ OECD (2012). "Restoring public finances", OECD Publishing, Paris.

⁵⁶ Lehndorff S. (2015). "Divisive integration – The triumph of failed ideas in Europe", European Trade Union Institute (ETUI), Brussels.

⁵⁷ Stiglitz J. (2013). "An agenda to save the euro", *Social Europe Journal*. <http://www.social-europe.eu/2013/12/agenda-to-save-the-euro/>

A tale riguardo, l'economista Alberto Bagnai (2012)⁵⁸ sintetizza efficacemente così:

"Rudiger Dornbusch aveva avvertito che, trasferendo il peso dell'aggiustamento dal cambio al mercato del lavoro, l'euro avrebbe condannato l'Europa a recessione e disoccupazione, mettendo alle corde in particolare l'Italia; Martin Feldstein aveva criticato come particolarmente dannosa l'assenza di procedure formali d'uscita dall'eurozona, che rischiava di condurre a una accresciuta conflittualità intra-europea; perché, come diceva Paul Krugman, l'euro non è stato fatto per rendere felici tutti, ma per rendere felice la Germania, e, come incalzava Martin Feldstein, l'aspirazione francese all'uguaglianza è incompatibile con le aspettative tedesche di egemonia. E se questi problemi non vengono risolti, passare all'unione monetaria, concludeva Dominick Salvatore, è come mettere il carro davanti ai buoi" (autori citati in Bagnai, 2012)⁵⁹.

Il principio base delle c.d. "riforme strutturali" neoliberiste è che le stesse misure, stranamente, vanno bene per tutti i Paesi (*one size fit all*), non tenendo conto delle specificità che connotano ogni sistema economico nazionale. A tale proposito, Joseph Stiglitz

⁵⁸ Bagnai A. (2012). "Crisi Finanziarie e Governo dell'Economia", *Costituzionalismo.it*, fascicolo nr. 3 - 2011. <http://www.costituzionalismo.it/pdf/?pdfId=406> .

⁵⁹ Rudiger Dornbusch (1996). "Euro fantasies", *Foreign Affairs*, vol. 75, n. 5.
Martin Feldstein (1997) "EMU and international conflict", *Foreign Affairs*, vol. 76/6.
Paul Krugman (1998). "The euro: beware of what you wish for", *Fortune*, <http://web.mit.edu/krugman/www/euronote.html>
Dominick Salvatore (1997). "The common unresolved problems within EMS and the EMU", *American Economic Review*, Vol. 87/2.

(2002)⁶⁰, raccontando un aneddoto rimasto famoso, descrive il modo in cui il Fondo Monetario Internazionale (FMI) definiva le condizioni imposte ai Paesi colpiti dalla crisi finanziaria del 1990. Stiglitz racconta, infatti, che un funzionario del FMI nel produrre il documento che specificava le condizioni imposte ad un Paese per ottenere i finanziamenti richiesti, lo copiasse, con un'operazione di "copy & paste", da un documento già inviato ad un altro Paese, lasciando inalterate le condizioni e dimenticando, perfino, di modificare il nome del Paese al quale il documento, con le stesse condizioni, era stato indirizzato in precedenza (Stiglitz, 2002).

Per il nostro Paese e più in generale per i Paesi dell'Eurozona, ai fenomeni sopra richiamati si aggiunge il processo di concentrazione territoriale della produzione. Quest'ultima indotta, a sua volta, dall'Unione Monetaria Europea (EMU) e dagli inevitabili "shock asimmetrici" derivanti dalle differenze strutturali delle diverse economie degli Stati aderenti all'Unione Europea (UE), così come puntualmente previsti da Mundell (1961)⁶¹ nella sua teoria delle Aree Valutarie Ottimali (AVO).

Secondo Krugman (1991)⁶², infatti, l'attuazione di un'unificazione monetaria ed economica tra regioni con economie strutturalmente diverse causa una concentrazione territoriale delle attività produttive, con conseguente desertificazione industriale

⁶⁰ Stiglitz J.E. (2002). "Globalization and its discontents", Norton, New York.

⁶¹ Mundell R. (1961). "A Theory of Optimum Currency Areas", *American Economic Review*, Vol.51/4.

⁶² Krugman P. (1991). "Increasing Returns and Economic Geography", *Journal of Political Economy*, Vol.99.

delle regioni periferiche e migrazione di lavoratori verso l'estero. Krugman (1991) ha chiamato questo processo "mezzogiornificazione", prevedendo che esso si sarebbe verificato anche nei Paesi periferici dell'UE, così come già accaduto negli USA.

In accordo a Bagnai (2014, 2016)⁶³, le politiche di "dumping salariale" attuate dalla Germania con la riforma del lavoro (2003-2005), meglio nota come Riforma Hartz⁶⁴, hanno determinato, nel corso degli ultimi anni, un rilevante surplus commerciale di questo Paese nei confronti degli Paesi dell'Eurozona, soprattutto quelli del Sud Europa. Questo squilibrio, ancorchè soggetto a specifici limiti dal Trattato di Maastricht, non solo non è stato sanzionato dalla Commissione Europea, ma addirittura si è consolidato nel tempo, a tutto vantaggio dei conti della Germania.

Lo squilibrio permanente delle bilance dei pagamenti dei Paesi del Sud Europa, e tra questi l'Italia, verso la Germania, non potendo essere risolto con l'aggiustamento del tasso di cambio della moneta, è stato scaricato sulle spalle dei lavoratori con una "svalutazione interna" (svalutazione salariale). Questo processo, minando alla base il potere d'acquisto delle classi lavoratrici, ha indotto la drastica riduzione della domanda interna di beni e

⁶³ Bagnai A. (2014). "Il tramonto dell'Euro", Imprimatur Editore, Italia.

Bagnai A. (2016). "The Euro: a "success story", Conferenza tenuta presso la New York University (NYU) - Shanghai, Febbraio 2016. <http://albertobagnai.it/wp-content/uploads/2016/02/The-euro-A-success-story.pdf>.

⁶⁴ La c.d. riforma Hartz, prende il nome da Peter Hartz, CEO della Volkswagen e presidente della Commissione per i "Servizi moderni per il mercato del lavoro", quest'ultima istituita sotto il governo tedesco di Gerhard Schröder (SPD). Essa rappresenta una riforma del mercato del lavoro, messa in atto in Germania, tra il 2003 e il 2005, attraverso quattro interventi legislativi successivi.

servizi. Le imprese, a loro volta, constatando la riduzione del loro giro d'affari hanno ridotto la produzione e gli investimenti, procedendo a licenziamenti e riduzione dell'orario di lavoro. Ciò ha causato, in ultimo, un ulteriore incremento dei livelli di disoccupazione e, quindi, ulteriore abbassamento della domanda interna. In questo modo si è consolidato un processo deflattivo auto-sostenuto che tuttora persiste (spirale deflattiva).

Com'è stato già rilevato in questo paragrafo, questi effetti sono da ascrivere all'implementazione di un'Unione Economica e Monetaria (UEM), senza la propedeutica realizzazione di un'unione politica, e quindi senza uno Stato federale ed una Banca Centrale che operasse come prestatore di ultima istanza per gli Stati membri. Questo ha costretto questi ultimi a finanziare il loro debito accedendo al mercato finanziario privato e sottoponendosi al ricatto dello "spread" sui propri titoli pubblici.

Come correttamente sottolinea Bagnai (2014, 2015⁶⁵), le disfunzioni insite nella costruzione dell'Eurozona, prima riferite per sommi capi, erano state ampiamente previste da eminenti economisti già dai primi anni '90 (Dornbusch, 1996; Krugman, 1998; Feldstein, 1997), ed ancora prima da Kaldor (1971)⁶⁶. Questi avvertimenti, ancorché originati da autorevoli fonti, sono stati trascurati, ed ampiamente disattesi, dalle élite europee e quelle nazionali. Questo lascia sul campo una semplice domanda:

⁶⁵ Bagnai A. (2015). "Europe's Paradoxes", *Phenomenology and Mind*, Nr. 8.

⁶⁶ Kaldor, N. (1971). "The dynamic effects of the common market", *The New Statesman*.

Perché è stato adottato un regime monetario, cioè l'euro, in cui la sola risposta possibile per contrastare gli shock macroeconomici è rappresentata dalla depressione dei salari?

La risposta, secondo Bagnai (2015), non è difficile: *"Esso è stato adottato deliberatamente ed apertamente allo scopo di reprimere i salari"*. In accordo a Bagnai (2015), la risposta che egli propone è la stessa che si può ritrovare in letteratura di economia politica (Acocella, 2005)⁶⁷, e nella letteratura scientifica (Featherstone, 2001)⁶⁸. Quest'ultimo autore, infatti, afferma:

"Economic and Monetary Union (EMU), on the one hand, and existing models of labour market regulation and welfare provision within the European Union (EU), on the other, have been often assumed to stand in contradiction to one another. The re-appearance of EMU on the European agenda in the late 1980s, following the de-regulation paradigm of the single European market, raised widespread concern that it might serve as a 'Trojan horse' for a neo-liberal policy shift across EU States."
(Featherstone, 2001).

Quindi la moneta unica è stata adottata principalmente come un "cavallo di Troia" per portare le politiche neo-liberiste nei Paesi membri dell'UE, cioè ridurre i salari e distruggere i sistemi di *welfare* europei (Bagnai, 2015).

Traguardare, quindi, il tema della sostenibilità economica e fiscale del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) esclusivamente

⁶⁷ Acocella N. (2005). *"Economic Policy in the Age of Globalisation"*, Cambridge, Cambridge University Press.

⁶⁸ Featherstone K. (2001). "The political dynamics of the *vincolo esterno*: the emergence of EMU and the challenge to the European social model", *Queen's Papers on Europeanisation*, Vol. 6, Belfast, Queens University.

sotto la prospettiva economica non è sufficiente, poiché le azioni esercitate sul servizio sanitario pubblico sono diverse, potenti e convergenti. Esse mirano, infatti, a ridurre l'intervento dello Stato nel campo dei servizi pubblici per farne oggetto di intervento da parte delle imprese private (Crouch, 2012).

Su questo punto, infatti, la banca d'affari americana J.P. Morgan (2013)⁶⁹ ha stilato un documento nel quale sono delineate le riforme di tipo politico necessarie per rendere più agevole e veloce l'applicazione delle riforme richieste dalla Unione Monetaria Europea. In particolare, tra le prescrizioni definite dalla J.P. Morgan (2013), c'è quella che i Paesi del Sud Europa dovrebbero riformare le Costituzioni nazionali, poiché esse mostrano una forte connotazione socialista che riflette l'influenza dei partiti di sinistra guadagnata a seguito della caduta del fascismo. Queste Costituzioni anti-fasciste, secondo JP Morgan, *"causano inconvenienti notevoli ai governi nazionali per l'applicazione delle misure di austerità, poiché prevedono: protezioni costituzionali per i lavoratori, il diritto di protestare contro cambiamenti non graditi allo status-quo politico, debolezza dello stato centrale rispetto alle regioni, sistemi di costruzione del consenso che sostengono il clientelismo politico, l'ascesa di partiti c.d. "populisti" come in Italia e Grecia"*.

Non è un caso che la J.P.Morgan è stata tra le protagoniste dei progetti della c.d. *finanza creativa* e, quindi, della crisi dei

⁶⁹ J.P. Morgan - Europe Economic Research (2013). *"The Euro area adjustment: about halfway"*, JPMorgan Chase Bank N.A, London Branch.

mutui *subprime* che ha funestato, dal 2008, il sistema economico-finanziario a livello globale e che ha innescato la crisi dell'Eurozona. La stessa banca, inoltre, è stata formalmente denunciata nel 2012 dal governo federale americano come responsabile della crisi, in particolare per l'acquisto, operato dalla stessa, della banca d'investimento Bear Sterns (Il fatto Quotidiano, 2013)⁷⁰. Per meglio comprendere l'etica degli affari adottata dalla JP Morgan si consideri che, nel periodo dal 2010 al 2013, questa *corporation* ha pagato 16 miliardi di dollari per multe, accordi stragiudiziali e spese legali. Più della metà di tale importo, 8.5 miliardi di dollari, è stato pagato dalla J.P. Morgan in multe e accordi stragiudiziali risultanti a seguito di comportamenti illegali messi in atto dai suoi dirigenti. Questa cifra rappresenta circa il 12 per cento del reddito netto registrato dalla JP Morgan nello stesso periodo (2010 - 2013)⁷¹.

Considerazioni

In questo paragrafo sono stati individuati i principali fattori che connotano lo scenario attuale nel quale operano le organizzazioni sanitarie e le relative imprese fornitrici di beni e servizi. Tra questi fattori ricordiamo i seguenti:

- la finanziarizzazione dell'economia e delle imprese;

⁷⁰ Il Fatto Quotidiano (2013). "Ricetta Jp Morgan per Europa integrata: liberarsi delle costituzioni antifasciste", articolo di Luca Pisapia, 19 giugno 2013. <http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/06/19/ricetta-jp-morgan-per-uneuropa-integrata-liberarsi-delle-costituzioni-antifasciste/630787/>

⁷¹ Huffington Post, "The Price of Evil at JP Morgan", articolo di Richard Emskow, 20 maggio 2013, www.huffingtonpost.com/rj-eskow/the-price-of-evil-at-jpmo_b_2919947.html.

- la definizione del mercato unico dell'Unione Europea (*Internal Market*) e la probabile definizione dell'accordo *Transatlantic Trade and Investment Partnership* (TTIP), tra la UE e gli USA;
 - l'istituzione dell'Unione Economica e Monetaria basata sull'euro (Eurozona) e le politiche d'*austerity* e le c.d. "riforme strutturali" da questa imposte;
 - la privatizzazione delle imprese pubbliche;
 - la *deregulation* dei servizi pubblici;
 - l'attacco portato al *welfare state* dalle politiche della UE, ispirate all'ideologia neoliberista, sostanziate nelle c.d. "riforme strutturali";
 - La "svalutazione interna", richiesta dalla moneta unica e la conseguente e perdurante deflazione che connota la congiuntura economica nazionale ed europea;
 - lo spostamento, operato dalle *corporation*, dei loro profitti nei c.d. paradisi fiscali con la conseguente erosione della base imponibile degli Stati sovrani e riduzione delle entrate fiscali (*Base Erosion and Profits Shifting - BEPS*).
-

Capitolo 1 – Innovazione – Il Framework Teorico

L'innovazione può essere definita come "l'intenzionale introduzione ed applicazione nell'ambito di un ruolo funzionale, gruppo od organizzazione, d'idee, processi, prodotti o procedure nuove, che sono progettate per apportare significativi benefici all'individuo, al gruppo oppure, in senso più ampio, alla società" (West, 1990)⁷².

Questa definizione è diffusamente accettata in letteratura (Anderson, 2004)⁷³, poiché coglie tre aspetti fondamentali dell'innovazione: la novità, la fase applicativa e i benefici previsti (Lansisalmi *et al.*, 2006)⁷⁴. Un ampio consenso si riscontra, in letteratura, circa l'individuazione di tre dimensioni distintive dell'innovazione. Quest'ultima, infatti, può essere considerata un processo "cumulativo, collettivo ed incerto" (O'Sullivan, 1998)⁷⁵.

L'innovazione è un processo "cumulativo": Il processo d'innovazione è "cumulativo", poiché esso poggia su un processo di apprendimento. Quest'ultimo, attraverso il processo d'innovazione, incrementa continuamente uno *stock* comune di conoscenze che consente la produzione di prodotti/servizi via via di migliore qualità e minore costo. Quando il processo

⁷² West, M.A. (1990). "The Social Psychology of Innovation in Groups", in M.A. West and J.L. Farr (Eds.), "Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies", Wiley, Chichester – UK.

⁷³ Anderson N., De Dreu C., Nijstad B.A. (2004). "The Routinization of Innovation Research: A Constructively Critical View of the State-of-the-Science", *Journal of Organizational Behavior*, Vol.25.

⁷⁴ Lansisalmi H., Kivimaki M., Aalto P., Ruoranen R. (2006). "Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research", *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19.

⁷⁵ O'Sullivan M. (1998). "The Innovative Enterprise and Corporate Governance", Project Innovation Systems and European Integration (ISE), INSEAD.

d'apprendimento è cumulativo il processo d'innovazione rende via via visibili opportunità d'innovazione che non sono palesi a coloro i quali non hanno accesso allo *stock* di conoscenze accumulato. La natura cumulativa del processo d'innovazione è stata catturata da Nelson e Winter (1977, 1982)⁷⁶ introducendo i costrutti concettuali di "regime tecnologico" e "traiettorie naturali".

L'innovazione è un processo "collettivo": La dimensione "collettiva" del processo d'innovazione è stata ugualmente enfatizzata in letteratura. L'apprendimento collettivo è influenzato dal processo d'acquisizione di conoscenza concomitante dei singoli individui appartenenti al gruppo. Le relazioni sociali all'interno del gruppo rivestono, quindi, un'importanza particolare perché non solo consentono la trasmissione delle conoscenze tra i singoli individui, ma anche la sua trasformazione operata attraverso l'interazione dei processi d'apprendimento individuali. In un'economia basata sull'apprendimento collettivo l'innovazione non può emergere senza una sottostante organizzazione sociale nella quale ciascun individuo può interagire, l'uno con l'altro, condividendo obiettivi comuni.

L'innovazione è un processo "incerto": Il processo innovativo è intrinsecamente "incerto". Le imprese che innovano, infatti, si trovano a fronteggiare due tipi d'incertezza: quella c.d. "produttiva" e quella "competitiva". La prima, cioè l'incertezza

⁷⁶ Nelson R.R., Winter S.G. (1977). "In search of useful theory of innovation", *Research Policy*, Vol. 6/1.
Nelson R., Winter S. (1982). "An Evolutionary Theory of Economic Change", Harvard University Press, Cambridge.

produttiva, consiste nel fatto che l'impresa innovatrice deve acquisire le capacità ad utilizzare le risorse, nelle quali si è investito, necessarie per produrre il prodotto/servizio innovativo. Ciò deve avvenire prima che il prodotto innovativo possa generare profitti. L'incertezza competitiva, invece, si manifesta perché anche quando un'impresa è riuscita a produrre il prodotto/servizio migliore, è possibile che essa non riesca ad ottenere il vantaggio competitivo atteso. Questo poiché un'impresa concorrente potrebbe ottenere risultati innovativi migliori utilizzando un approccio innovativo alternativo.

1.1 Crescita Economica ed Innovazione

Fin dai tempi di Adam Smith il pensiero degli studiosi di economia è stato concentrato su due temi di fondo, la crescita economica e la ricchezza delle nazioni.

All'inizio degli anni '50 fu osservato che le misure convenzionali dei fattori di input della produzione, cioè capitale e lavoro, non davano conto del 90% della crescita economica che si registrava nei paesi industrializzati avanzati come gli Stati Uniti (Abramovitz, 1956; Solow, 1956)⁷⁷.

Questa consistente componente residuale fu attribuita alla crescita della produttività, piuttosto che alle quantità rappresentate dai fattori di produzione.

⁷⁷ Abramovitz M. (1956). "Resource and Output Trends in the United States since 1870", *National Bureau of Economic Research*, New York.
Solow R.M. (1956) "A contribution to the Theory of Economic Growth", *Quarterly Journal of Economics*, Vol.70/1.

Teoria della Crescita Economica "Esogena"

Il tentativo di fornire un modello plausibile della crescita economica ha impegnato gli studiosi di economia per molto tempo. Tuttavia, particolarmente significativo è il modello della crescita economica proposto da Robert Solow (1956) che gli valse il premio Nobel. Questi sostenne che la crescita economica **Y** è determinata, a parità di tutte le altre condizioni, da una funzione **F** di due variabili, il capitale fisico **K** ed il lavoro umano **L**, rappresentabile quindi con la relazione seguente:

$$\mathbf{Y} = \mathbf{F}(\mathbf{K}, \mathbf{L})$$

Solow denominò l'aliquota, che non era giustificata dai fattori di produzione **K** (Capitale) e **L** (Lavoro) e che era pari al 90% della intera crescita economica, come valore "residuale". Egli sostenne che la parte c.d. "residuale" era determinata dai cambiamenti tecnici (*technical change*). Abramovitz (1956), molto più pragmaticamente, definì la parte "residuale" come la "misura della nostra ignoranza" (Mazzucato, 2014)⁷⁸.

Tenendo conto dei cambiamenti tecnologici, la funzione di produzione di Solow fu modificata inserendo dall'esterno un fattore dipendente dal tempo **A(t)**, dando luogo alla c.d. "Teoria della Crescita Esogena". La funzione di produzione fu rappresentata, quindi, nel seguente modo:

$$\mathbf{Y} = \mathbf{A}(t) \mathbf{F}(\mathbf{K}, \mathbf{L})$$

⁷⁸ Mazzucato M. (2014). "The Entrepreneurial State – Debunking Public vs. Private Myths", Anthem Press, London.

Teoria della Crescita Economica “Endogena”

Il ruolo preminente della tecnologia nella crescita economica spinse gli studiosi ad un ulteriore passo in avanti, tanto che fu proposta la c.d. *Teoria della Crescita Endogena*, anche nota come *Nuova Teoria della Crescita*. In questo nuovo *framework* teorico l’aliquota della crescita, derivante dal cambiamento tecnologico, è stata rappresentata come una variabile interna all’impresa, a sua volta funzione degli investimenti **I** in Ricerca & Sviluppo e formazione del Capitale Umano (Grossman e Helpman, 1991)⁷⁹.

La funzione di produzione, a parità di tutte le altre condizioni, assumerebbe quindi la forma seguente, dove la lettera **K** indica il capitale economico impegnato nell’impresa:

$$Y = I K$$

Mentre il modello di Solow assumeva il livello tecnologico $A(t)$ come fattore esogeno variabile nel tempo t , con rendimenti costanti di scala e produttività marginale decrescente dei singoli fattori di produzione, vale a dire il lavoro ed il capitale; la *Nuova Teoria della Crescita* postulava che l’inserimento in produzione di innovazioni tecnologiche e capitale umano dava luogo a produttività marginali crescenti.

Questo cambiamento di paradigma ha messo in evidenza l’importanza degli investimenti in tecnologia e capitale umano per sostenere la crescita economica. Questo ha determinato, a sua volta, un orientamento dei *policy maker* verso politiche di

⁷⁹ Grossman G., Helpman E. (1991). “Innovation and Growth in the Global Economy”, MIT Press, Cambridge, MA.

sostegno alla competitività del sistema economico focalizzate sugli investimenti in creazione di conoscenza (*knowledge economy*).

Lavori di diversi studiosi, prodotti agli inizi degli anni '90, hanno dimostrato la relazione tra il valore di mercato delle imprese e le loro performance in innovazione, quest'ultime misurate dagli investimenti in R&S e dal numero di brevetti originati (Mazzucato, 2014).

Teoria Evolutiva della Crescita Economica

Questi due *framework* teorici della crescita, esogena ed endogena, sono stati in seguito messi in discussione da Nelson e Winter (1982)⁸⁰. Questi autori, basandosi sul lavoro di Schumpeter (1942, 1949)⁸¹, hanno proposto una teoria evolutiva della produzione e del cambiamento economico (*Evolutionary Theory of Economic Change*) che andava ad investigare all'interno della funzione di produzione, che fino ad allora era stata considerata una sorta di "scatola-nera" (Mazzucato, 2014), per comprendere come l'innovazione si verifica e come tale accadimento influenza la competizione e la crescita economica.

Nelson e Winter (1982) sostengono che le imprese sono soggette ad un processo continuo di differenziazione che è determinato dalla loro diversa attitudine ad innovare. Questa diversa attitudine è causata, a sua volta, dalle differenti *routine* e

⁸⁰ Nelson R., Winter S. (1982). "An Evolutionary Theory of Economic change", Harvard University Press, Cambridge, MA.

⁸¹ Schumpeter J.A. (1942). "Capitalism, Socialism and Democracy", Routledge, New York.

Schumpeter J.A. (1949). "Economic Theory and Entrepreneurial History", in "Change and the Entrepreneur: Postulates and the Patterns for Entrepreneurial History", Harvard University Press, Cambridge, MA.

competenze interne. Questi processi evolvendo, infatti, creano differenze tra le imprese e causano, nel lungo termine, un processo di selezione competitiva che conduce un'impresa a morire oppure a prosperare.

In questa prospettiva l'innovazione diventa un fenomeno specifico dell'impresa ed altamente incerto.

Prospettiva dei "Sistemi d'innovazione"

L'approccio Schumpeteriano all'innovazione e la Teoria Evolutiva della Crescita Economica di Nelson e Winter (1982), utilizzate per studiare il comportamento delle imprese e la competizione che si sviluppa tra queste ultime, hanno determinato l'emergere della prospettiva c.d. dei "sistemi d'innovazione".

Secondo questa visione "sistemica" dell'innovazione, l'aspetto più importante è comprendere come le differenti tipologie d'impresa sono integrate in un sistema complessivo che è articolato a sua volta nei livelli settoriale, regionale e nazionale (Mazzucato, 2014).

I "sistemi dell'innovazione" sono definiti, quindi, come "*the network of institutions in the public and private sectors whose activities and interactions initiate, import, modify, and diffuse new technologies*" (Freeman, 1995)⁸², oppure come "*the elements and*

⁸² Freeman C. (1995). "The "National System of Innovation" in Historical Perspective", *Cambridge Journal of Economics*, Vol.19/1.

relationships which interact in the production, diffusion and use of new, and economically useful, knowledge" (Lundvall, 1992)⁸³.

Il network indicato da Freeman (1995) è rappresentato dai clienti, *subcontractor*, fornitori, infrastrutture, competenze e funzioni, e le relative interrelazioni che intercorrono tra essi.

L'approccio c.d. dei sistemi d'innovazione, studiati soprattutto a livello di nazione, ha registrato una crescente importanza analitica nel campo tecnologico per tre motivi principali (OECD, 1997)⁸⁴:

1. Riconoscimento dell'importanza economica della conoscenza;
2. Crescente diffusione degli approcci di tipo sistemico;
3. Numero crescente di istituzioni coinvolte nella generazione di conoscenza.

Lo studio dei sistemi d'innovazione nazionali si focalizza, quindi, soprattutto sui flussi di conoscenza ed è orientata a analizzare le possibilità di migliorare le performance delle economie direttamente basate sulla produzione, distribuzione ed utilizzo della conoscenza e della informazione (*knowledge-based economies*) (OECD, 1996)⁸⁵.

La conoscenza, integrata nei singoli individui (capitale umano) e in tecnologia, è stata sempre centrale nello sviluppo economico. Tuttavia, soltanto recentemente tale importanza è

⁸³ Lundvall B. Å. (1992). *"National innovation Systems: towards a Theory of Innovation and Interactive learning"*, Pinter Publishers, London.

⁸⁴ OECD (1997). *"National Innovation Systems"*, Paris.

⁸⁵ OECD (1996). *"The Knowledge-based Economy"*, Paris.

stata riconosciuta ed è in continuo aumento, poiché le attività economiche sono diventate sempre di più *knowledge-intensive*, soprattutto nei settori ad alta tecnologia, determinando un aumento della richiesta di personale altamente specializzato. In questo frangente, quindi, gli investimenti in conoscenza, sia pubblici e sia privati, come per esempio le attività di R&S, la formazione e *training*, come pure la ideazione di approcci innovativi alle attività produttive, sono considerati elementi chiave per la crescita economica.

Secondo questa prospettiva sistemica dell'innovazione non è importante la quantità di R&S, ma piuttosto come essa è distribuita in un sistema economico e, quindi, incidentalmente riflette l'importanza cruciale dello Stato nell'influenzare tale distribuzione (Mazzucato, 2014).

Considerata la complessità dei sistemi d'innovazione, ed i molteplici effetti di *feedback* esistenti tra le diverse componenti, quali i mercati, le tecnologie, le applicazioni e la ricerca di base, si ritiene che la diffusione dell'innovazione sia un processo non-lineare caratterizzato da incertezza e serendipità⁸⁶ (Mazzucato, 2014; Mendonça *et al.*, 2008⁸⁷).

⁸⁶ Il termine serendipità è la traduzione letterale del neologismo di origine anglosassone "serendipity", coniato dallo scrittore inglese Horace Walpole (1754) che lo trasse dal titolo della fiaba *The three princes of Serendip*: era questo l'antico nome dell'isola di Ceylon, l'odierno Sri Lanka (voc. Treccani). Il termine indica "lo scoprire qualcosa d'inatteso e importante che non ha nulla a che vedere con quanto ci si proponeva o si pensava di trovare, ed ancora, l'attitudine a fare scoperte fortunate e impreviste; capacità di cogliere e interpretare correttamente un fatto rilevante che si presenti in modo inatteso e casuale (diz. Garzanti)". Per un'interessante ed approfondita disamina circa le implicazioni di questo concetto nella teoria organizzativa si veda Mendonça *et al.* (2008).

⁸⁷ Mendonça S., Cunha M.P., Clegg S.R. (2008). "Unsought Innovation: Serendipity in Organizations", *DRUID 25th Conference "Entrepreneurship and Innovation - Organizations, Institutions, Systems and Regions"*, Copenhagen, Denmark.

1.2 Il Processo dell'innovazione

I processi d'innovazione possono essere di tipo cognitivo, organizzativo e/o economici, e sono caratterizzati da incertezza e competizione (Pavitt, 2003)⁸⁸. Essi sono, inoltre, articolati in tre ampi e sovrapposti sotto-processi:

- Produzione di conoscenza scientifica e tecnologica;
- Trasformazione di conoscenza in prodotti, sistemi, processi e servizi;
- Ricerca continua della corrispondenza tra questi manufatti derivanti dal lavoro ed i bisogni e la richiesta di beni/servizi espressa dai mercati.

Pavitt (2003) ha rilevato che non è disponibile una teoria dell'impresa universalmente accettata che riesca a fornire una visione integrata delle tre diverse tipologie secondo le quali può concretizzarsi un processo d'innovazione. Gli economisti tendono, infatti, a considerare i fattori incentivanti di tipo economico che facilitano il processo d'innovazione e gli effetti da esso derivanti; gli studiosi di organizzazione si concentrano sulle implicazioni strutturali e procedurali delle attività sottese ai processi d'innovazione; i sociologi si concentrano invece sui fattori determinanti e conseguenze relative alla prospettiva sociale; infine i manager ed esperti si focalizzano sulle pratiche che determinano il successo competitivo.

⁸⁸ Pavitt K. (2003). "The Process of Innovation", *SPRU Paper nr. 89, The Freeman Centre, University of Sussex, Brighton, UK.*

Secondo Pavitt (2003), i processi d'innovazione non sono né semplici da delineare né da gestire e ciò nonostante l'impressionante incremento nella base disponibile di conoscenze scientifiche e nel miglioramento del *know-how* di tipo organizzativo registrato finora.

Ritornando alle tre diverse tipologie di sotto-processi che possono concorrere all'attivazione dei processi d'innovazione si osserva quanto segue:

- ✓ La produzione di conoscenza scientifica e tecnologica è caratterizzata da una crescente specializzazione tanto che nelle grandi *corporation* il coordinamento di questo fenomeno è diventato un compito fondamentale. Questa crescente specializzazione delle grandi *corporation* ha assunto tre diverse forme: (i) lo sviluppo di laboratori di R&S nelle grandi imprese di produzione specializzati nella produzione di conoscenza per sfruttamento commerciale, (ii) lo sviluppo di una moltitudine di piccole imprese in grado di fornire un miglioramento continuo nei beni forniti dai produttori specializzati; (iii) specializzazione tra la conoscenza prodotta ed applicata nelle imprese private e quella sviluppata e disseminata dalle università e centri di ricerca.
- ✓ La trasformazione della conoscenza in manufatti rimane un compito difficile e ciò, nonostante l'incremento vertiginoso delle conoscenze scientifiche ad oggi disponibili. Questo è

causato dalla crescente complessità dei manufatti prodotti dalle imprese e dall'ampiezza ed articolazione della base di conoscenze sottostante al relativo processo produttivo. Questo sotto-processo, di natura ingegneristica, è caratterizzato prevalentemente dalle attività di progettazione, costruzione e *testing* dei prodotti, ed è complementare rispetto alle conoscenze ad esso sottostanti e prodotte dalla ricerca. Constant (2000)⁸⁹ osserva, infatti, che l'alternarsi tra ricerca scientifica e sviluppo ingegneristico produce avanzamenti nella conoscenza tecnologica che possono essere, a loro volta, ricorsivamente impiegati per produrre nuove conoscenze.

- ✓ La continua ricerca della corrispondenza tra i manufatti, derivanti dal lavoro e delle pratiche organizzative, ed i bisogni e/o le richieste del mercato, resta una funzione innovativa fondamentale per il successo delle imprese.

Pavitt (2003) osserva che la crescente specializzazione nella produzione dei beni e della conoscenza ha innalzato il livello di complessità dei manufatti e della conoscenza sulla quale questi ultimi sono basati ed, infine, delle forme organizzative e pratiche utilizzate per il loro sviluppo e successivo sfruttamento commerciale.

⁸⁹ Constant E. (2000). "Recursive Practice and the Evolution of Technological Knowledge", in Ziman J. *Technological Innovation as an Evolutionary Process*, Cambridge University Press, Cambridge.

Pavitt (2003), afferma che come conseguenza di quest'aumento di complessità si possono evidenziare le seguenti osservazioni:

- ✓ I risultati tecnici e commerciali dei processi d'innovazione, soprattutto quelli radicali, restano imprevedibili.
- ✓ Gli aspetti tecnici dell'imprenditorialità rappresentano uno *skill* manageriale specifico di un determinato settore tecnologico.
- ✓ Le decisioni più rilevanti relative ai processi d'innovazione non sono sempre il risultato di una attenta e bilanciata stima dei costi/benefici e dei rischi. Molto spesso esse sono determinate da processi politici che coinvolgono gruppi professionali mossi da *self-interest* ed operanti in condizioni di incertezza. Questo ha reso i processi d'innovazione radicali difficili da gestire nelle grandi *corporation*. In queste ultime, infatti, la contrapposizione degli interessi propri dei gruppi funzionali/professionali può facilmente dare luogo a vere e proprie situazioni di conflitto tra schieramenti opposti e ben determinati alla lotta (*tribe warfare*).
- ✓ I processi di specializzazione prima riferiti hanno contribuito a rendere i cambiamenti tecnologici eterogenei e che evolvono secondo modelli del tipo "*path-dependent*", richiedendo altresì delle complesse funzioni di coordinamento. Le traiettorie (*path*) di evoluzione tecnologica sono pesantemente condizionate da ciò che

l'organizzazione ha appreso in passato. La c.d. *path-dependence* riflette, inoltre, la resistenza al cambiamento esibita dai gruppi professionali e funzionali all'interno dell'impresa, anche se una buona parte di questo fenomeno può essere ascritta a limiti di tipo cognitivo (Pavitt, 2003).

- ✓ I processi d'innovazione differiscono molto tra le grandi e piccole imprese. Nelle prime, infatti, sono coinvolti un numero rilevante di persone con incarichi e responsabilità che possono variare nel tempo. Inoltre nelle grandi imprese possono essere adottate, procedure formali o informali che condizionano il processo decisionale. Nelle piccole imprese, viceversa, il riconoscimento delle opportunità, la conseguente allocazione delle risorse e il coordinamento delle attività funzionali, riflette le competenze ed il comportamento dei *senior manager*.

Innovazione di prodotto – sei generazioni di modelli

Una delle possibili forme, attraverso le quali si possono concretizzare i processi d'innovazione, è l'innovazione di prodotto/servizio. Per investigare le modalità secondo le quali questo tipo d'innovazione si attua a livello della singola impresa, sarà utile fare riferimento ai modelli concettuali proposti dagli studiosi, dal 1950 al 2000. Questi modelli sono stati oggetto di

una classificazione elaborata da Rothwell (1993)⁹⁰ ed articolata in cinque generazioni successive. In aggiunta si farà riferimento ai più recenti ed attuali modelli c.d. "open innovation models" (Chesbrough, 2003)⁹¹, che sono stati proposti dai primi anni 2000, e che sono classificati come modelli di VI generazione, in una ideale continuazione della classificazione proposta da Rothwell (1993).

I modelli d'innovazione a livello d'impresa, prodotti nel corso degli ultimi trenta anni, sono stati numerosi e via via sempre più sofisticati (Hobday, 2005)⁹².

La classificazione proposta da Rothwell (1993) riguarda i modelli d'innovazione a livello di impresa relativi ai paesi connotati da un livello avanzato di industrializzazione. Tale classificazione si articola su cinque categorie, o generazioni, che si sono succedute dagli anni '60 in poi. Lo stesso autore, mettendo in guardia il lettore da frettolose semplificazioni e/o generalizzazioni, provvede a delineare i seguenti avvertimenti:

- L'evoluzione temporale dei modelli non implica che un modello sia sostituito da quello successivo, poiché molti modelli coesistono fianco a fianco, oppure in un determinato

⁹⁰ Rothwell R. (1993). "Systems integration and networking: the fifth generation innovation process", *Chair Hydro—Quebec Conference en Gestion de la Technologie*, Montreal, Canada.

⁹¹ Chesbrough H. (2003). "Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology", Harvard Business School Press.

⁹² Hobday M. (2005). "Firm-level Innovation Models: Perspectives on Research in Developed and Developing Countries", *Technology Analysis & Strategic Management*, Routledge, Vol. 17/2.

momento alcuni elementi di un modello vanno a modificare un altro;

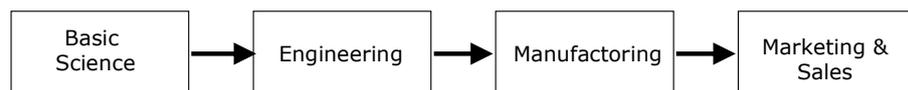
- Ogni modello è una rappresentazione molto semplificata di un complesso processo che di rado esiste realmente in una forma pura, vale a dire non contaminata da aspetti relativi ad altri modelli. Il processo reale, quindi, non è semplicemente e direttamente riconducibile ad un unico modello teorico;
- L'avanzamento da una generazione di modelli ad un'altra riflette spesso il cambiamento della percezione dominante di cosa rappresenti la *best practice*, piuttosto che un effettivo progresso nella concezione concettuale;
- Il modello d'innovazione più appropriato varia in funzione del settore nel quale opera l'impresa e del grado d'innovazione (radicale, incrementale, etc.);
- I processi che avvengono all'interno di una impresa sono contingenti a fattori esogeni come per esempio la velocità del cambiamento tecnologico.

Come è stato anticipato, Rothwell (1993) ha proposto una classificazione dei modelli d'innovazione articolata in cinque generazioni che si sono succedute a partire dagli anni '50 e fino a tutti gli anni '90. Subito dopo si è delineato una nuova evoluzione della struttura concettuale che è stata considerata come la VI generazione di modelli d'innovazione. Di seguito è fornita una loro descrizione.

I Generazione – *Technology Push Models* (anni '50-:-'60)

La I generazione, anche nota come "*Technology Push Models*", comprende i modelli d'innovazione sviluppati dagli inizi degli anni '50 e fino a metà degli anni '60. Tali modelli trattavano l'innovazione all'interno dell'impresa come un processo lineare e semplicemente strutturato su fasi distinte e successive. In particolare erano le scoperte scientifiche che "spingevano" per gli avanzamenti tecnologici attraverso la ricerca applicata, l'*engineering*, la produzione ed il *marketing*. Secondo Rothwell (1993) questa classe di modelli fu spesso utilizzata per giustificare gli investimenti addizionali in R&D, sia da parte delle imprese e sia da parte dei governi, poiché era convinzione comune che ciò avrebbe portato ad un maggiore livello d'innovazione e quest'ultima, a sua volta, ad una più veloce crescita economica.

Figura 1.1: I generazione – modelli "*Technology Push*"



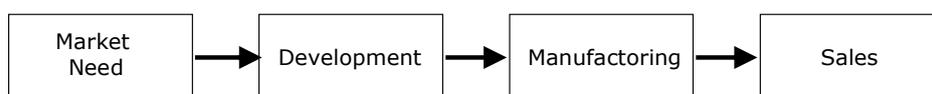
Tratto da Rothwell (1993)

II Generazione – *Demand Pull Models* (metà anni 60 -:- 70)

Dalla seconda metà degli anni '60 gli studi empirici relativi ai processi d'innovazione iniziarono ad enfatizzare il ruolo del mercato come guida per l'innovazione (Rothwell, 1993). Questo era ancora un modo di considerare i processi d'innovazione come processi lineari e semplicemente strutturati in fasi distinte e successive. Ma adesso veniva enfatizzato il ruolo dei mercati e delle ricerche di marketing orientate ad identificare i bisogni,

palesi e/o latenti, dei clienti, orientando gli investimenti in R&S nella direzione di tali bisogni. In questi modelli, noti come “*Demand Pull Models*”, il mercato costituiva la fonte principale di nuove idee per la R&S e quest’ultima assumeva un ruolo subalterno e dedicato a soddisfare le richieste dei mercati.

Figura 1.2: II generazione – modelli “*Demand Pull*”.



Tratto da Rothwell (1993).

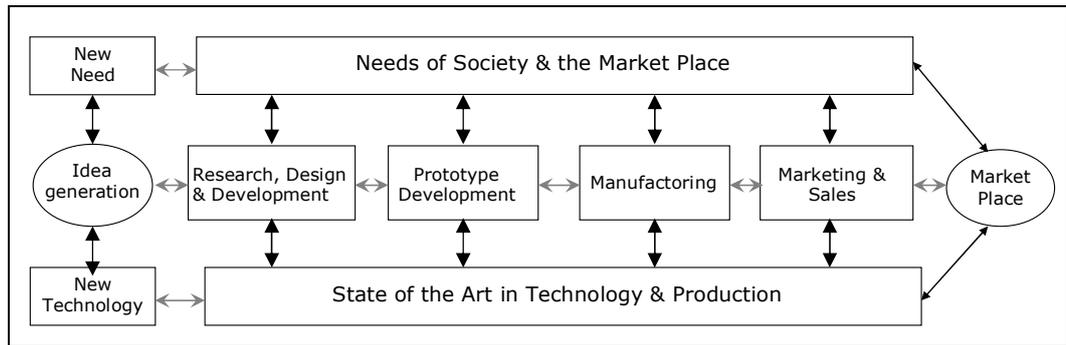
III Generazione – *Coupling / Interactive Models* (anni '70).

Durante gli anni '70 studi empirici mostrarono che le precedenti due generazioni di modelli, *technology push* e *demand pull*, erano esempi estremi e tutto sommato atipici, dell’innovazione industriale (Hobday, 2005).

Mowery e Rosenberg (1978)⁹³, infatti, operando una *review* critica della letteratura, riguardante gli studi empirici condotti sull’innovazione, conclusero che quest’ultima è caratterizzata dall’accoppiamento e dalla contemporanea interazione tra scienza e tecnologia (S&T) e mercati. Il processo d’interazione tra S&T e mercati non era necessariamente continuo, anzi esso poteva essere considerato come una interazione di tipo funzionale tra fasi del processo diverse ed interdipendenti.

⁹³ Mowery D.C., Rosenberg N., (1978). “The influence of market demand upon innovation: a critical review of some recent empirical studies”, *Research Policy*, Vol.8.

Figura 1.3: III generazione – modelli “*Coupling or Interactive*”.



Tratto da Rothwell (1993).

A differenza delle due precedenti classi di modelli, quelli di III generazione offrivano un collegamento esplicito tra la comunità S&T ed il mercato.

IV Generazione – *Integrated Models (anni '80)*.

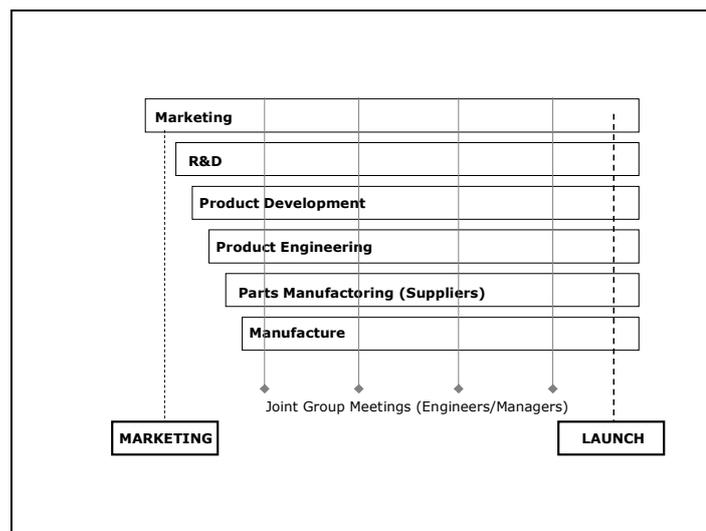
La III generazione di modelli pur essendo non-lineari e dotati di meccanismi di *feedback*, e quindi risolvendo i principali inconvenienti riscontrati nelle prime due generazioni, tuttavia, continuava ad esibire un'intrinseca natura sequenziale (Rothwell, 1993).

Agli inizi degli anni '80, le esperienze d'innovazione maturate nelle imprese automobilistiche giapponesi fecero emergere modelli d'innovazione che contemplavano la sovrapposizione temporale di funzioni ed attività di dipartimenti diversi, allocati sia all'interno dell'impresa e sia all'esterno, coinvolgendo, in quest'ultimo caso, i fornitori, clienti, università e agenzie governative. Questo determinò l'emergere dei c.d. modelli "integrati", classificati come IV generazione, che tentavano di

catturare l'elevato grado d'integrazione interfunzionale all'interno ed all'esterno dell'impresa (Hobday, 2005). Il processo d'innovazione era caratterizzato dal coinvolgimento di tutte le unità funzionali necessarie all'innovazione di prodotto, sia esse appartenenti all'impresa e sia ad altre imprese e/o enti esterni.

La tipologia di coinvolgimento, insita nei modelli di IV generazione, prevedeva la partecipazione concomitante o in parallelo (*concurrent*) di tutti gli attori partecipanti, allo scopo di ridurre il *time-to-market* del nuovo prodotto⁹⁴.

Figura 1.4: IV generazione – modelli "Integrated".



Tratto da Rothwell (1993).

Come si rileva dalla figura 1.4, il processo d'innovazione è realizzato da un *team* congiunto (*joint team*) appositamente costituito e che resta in attività dal momento iniziale e fino al

⁹⁴ La possibilità di supportare un modello d'innovazione siffatto poggia sulle tecnologie ICT, che proprio alla fine degli anni '80 iniziarono ad emergere e rendersi disponibili per il coordinamento e lo scambio di informazioni in tempo reale tra *team* di lavoro distribuiti in luoghi anche distanti (*work flow management*). Allo stesso tempo si ricorda l'approntamento di metodologie di lavoro (*concurrent engineering*) che rendevano possibili la corretta implementazione del ciclo di vita di un prodotto pur coinvolgendo fin dal primo momento tutte le funzioni organizzative necessarie, in aggiunta a quelle tecniche, facendole operare in maniera concomitante (*concurrent*).

lancio del nuovo prodotto/servizio. Il *team* si riunisce, a meno di imprevisti, con cadenza periodica, e la partecipazione contemporanea sia dei tecnici e dei livelli di *management* responsabili assicura la efficienza/efficacia del processo decisionale.

V Generazione – *Systems Integration and Networking Models.*

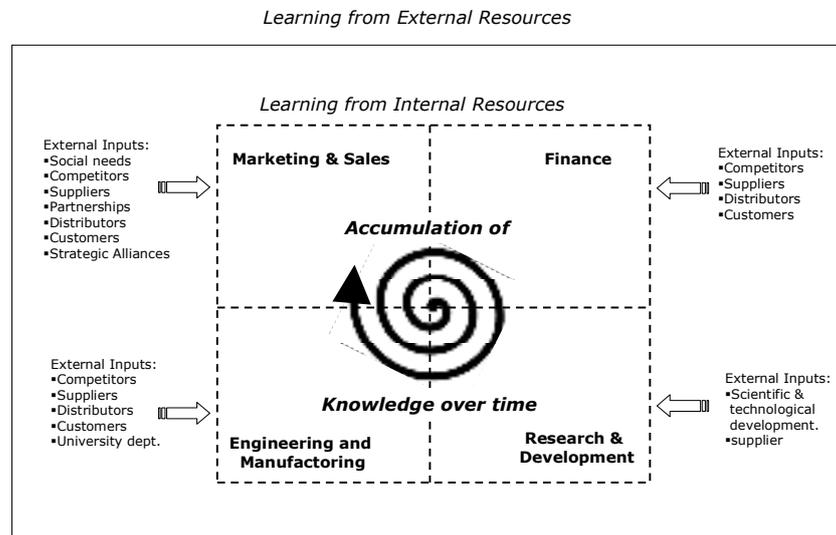
Agli inizi degli anni '90 emerse la convinzione che i processi d'innovazione fossero essenzialmente un processo distribuito su una rete interconnessa di attori. I legami tra questi ultimi erano costituiti da accordi di alleanze, *partnership*, consorzi di R&S e *joint-ventures*. Questi legami, peraltro già contemplati dai modelli d'innovazione della IV generazione, erano adesso ulteriormente enfatizzati con le c.d. relazioni "verticali", per esempio accordi strategici tra fornitori e clienti e forme di collaborazione tra imprese tra loro concorrenti.

Rothwell (1993) sostiene che la V generazione fu attivata per i condizionamenti temporali esercitati sugli innovatori che erano all'avanguardia. Questi modelli fanno affidamento su strumenti forniti dalle tecnologie *software*, più sofisticati di quelli inizialmente adottati dai modelli di IV generazione, e dedicati ad incrementare l'efficacia del processo d'innovazione attraverso la tempestiva e puntuale collaborazione tra tutti gli agenti della rete d'innovazione.

Rothwell (1993), infatti, ha osservato che i modelli di V generazione rappresentano la naturale evoluzione de modelli di IV generazione, ed in cui la tecnologia, applicata per il supporto del cambiamento tecnologico, modifica se stessa. Tale evoluzione si è sostanziata, per esempio, nell'utilizzo di sistemi esperti e modelli di simulazion nel campo della R&S. Ed ancora, Rothwell aggiunge che la V generazione rappresenta la "electronification" dell'innovazione.

Nella figura 1.5 è presentata una versione recente dei modelli di V generazione dove vengono sottolineate le azioni che una impresa dovrebbe intraprendere per ottenere il successo delle sue iniziative d'innovazione.

Figura 1.5: V generazione – "Integration & Networking Models"



Elaborato a partire da Trott (2005) e du Preez e Louw (2008)⁹⁵.

⁹⁵ Trott P. (2005). "Innovation Management and New Product Development", III edit., Pearson Education Limited, Harlow, England.
 Du Preez N.D., Louw L. (2008). "A Framework for Managing the Innovation process", Management of Engineering & Technology PICMET 2008 – International Conference, Portland.

In particolare, l'accumulazione di conoscenza (*knowledge*) nel tempo dovrebbe avvenire sia per merito delle risorse interne e sia per gli input provenienti dagli attori agenti nel contesto esterno all'impresa. Il processo d'innovazione, quindi, avviene all'interno di una rete di *stakeholder* interni ed esterni. In questa rete assume importanza strategica la definizione e la gestione di relazioni tra tutti gli agenti.

I modelli di V generazione sono principalmente rappresentati da reti d'innovazione nelle quali lo sviluppo di nuovi *business*, come pure il marketing di nuovi prodotti, hanno luogo all'interno dei confini societari e gli impiegati sviluppano idee innovative all'interno dell'impresa ed in segreto. In questo caso la trasmissione di conoscenza avviene dall'esterno verso l'interno dell'impresa.

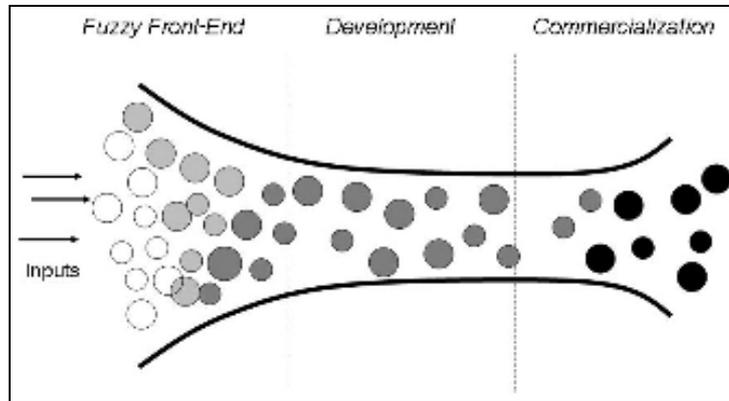
Closed Innovation Models

Docherty (2006)⁹⁶ ha definito i modelli di V generazione "*closed innovation models*". Essi sono caratterizzati dalla metafora dell'imbuto (*funnel*) che dà conto del processo progressivo d'individuazione e selezione delle idee, nel quale molte idee sono scartate e soltanto una parte limitata di esse resta in vita e passa alle fasi successive. La fase c.d. "*fuzzy front-end*" è la sola dove vi è apertura agli input provenienti dall'ambiente esterno. Questa apertura è caratterizzata da un confine d'interfaccia (*front-end*)

⁹⁶ Docherty M. (2006). "Primer on open innovation: Principles and practice", *PDMA Visions*, Nr. 2.

confuso ed incerto (*fuzzy*) che è funzionale alla raccolta di conoscenza dall'ambiente esterno e serve a generare nuove idee.

Figura 1.6: "Closed Innovation Models"



Tratto da Docherty (2006).

In seguito è eseguita la fase di sviluppo, anch'essa selettiva, e quella successiva di "commercializzazione", che sono entrambe basate esclusivamente su risorse interne all'impresa.

VI Generazione - "Open Innovation Models"

Nel 2003, rilevando un cambiamento radicale di paradigma circa il modo in cui le imprese generano nuove idee e operano per portarle sul mercato, Henry Chesbrough⁹⁷ ha proposto il concetto di "open innovation". Egli ha osservato, infatti, che in passato le imprese avevano aderito al paradigma secondo il quale "l'innovazione di successo richiede controllo". Secondo quest'approccio, c.d. "Closed Innovation", le imprese generavano, sviluppavano e commercializzavano le proprie idee, determinando implicitamente la creazione e finanziamento di laboratori di R&S interni di rilevanti dimensioni.

⁹⁷ Chesbrough H. (2003). "Open Innovation: The New Imperative for Creating and Profiting from Technology", Harvard Business School Press.

Tuttavia, verso la fine degli anni '90, si palesò il fenomeno della crescente mobilità dei lavoratori, quest'ultimi portatori molto spesso di elevati livelli di conoscenza. Ciò rendeva sempre più difficile, per le imprese, il controllo delle idee proprietarie e delle *expertise* maturate all'interno dell'organizzazione. In aggiunta a ciò si registrò, nello stesso periodo, un vertiginoso incremento nella disponibilità di capitale di rischio (*venture capital*) che rendeva possibile la nascita di *start-up* aventi lo scopo di commercializzare le idee che erano fuoriuscite, in qualche modo, dai laboratori di R&S delle grandi *corporation*.

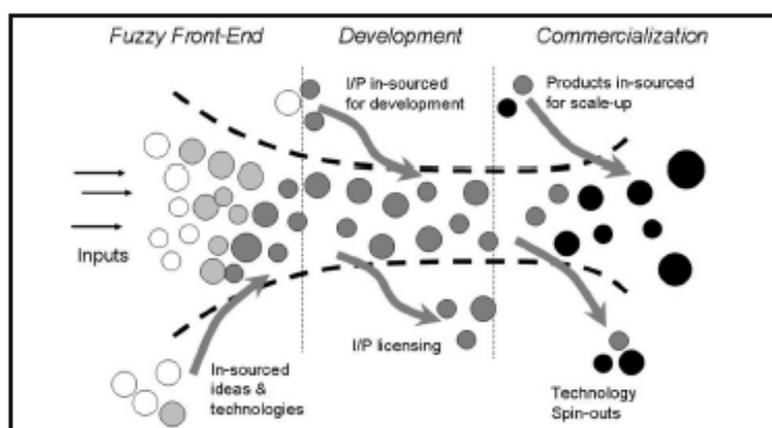
L'effetto combinato di questi due fenomeni ha determinato la fine dell'approccio "*Closed Innovation*".

Il concetto di "*Open Innovation*" (Chesbrough, 2003), pur essendo basato ancora su *network* integrati definisce, però, un nuovo paradigma secondo il quale le idee generate all'interno ed all'esterno dell'impresa, come pure i percorsi di commercializzazione interni ed esterni, sono combinati per ottenere nuovi sviluppi tecnologici.

Le imprese che operano secondo il modello "*Open Innovation*", infatti, commercializzano sia le proprie idee e sia le innovazioni generate da *stakeholder* esterni, cercando al tempo stesso di individuare percorsi, anche al di fuori delle proprie tradizionali aree di *business*, che consentono di portare sul mercato le idee generate all'interno dell'impresa. Come si nota nella figura 1.7 la principale differenza con il modello "*Closed*

Innovation” (figura 1.6) è la permeabilità dei confini aziendali, in tutte le fasi dello sviluppo di nuove idee, che consente sia l’ingresso nel processo d’innovazione di apporti esterni provenienti da altri *stakeholder*, e sia l’uscita di elementi di conoscenza generati all’interno. Nel primo caso avremo in ingresso (*in-sourced*): idee & tecnologie, conoscenza codificata (*Intellectual Property* – I/P) e prodotti già sviluppati per sfruttare economie di scala. Nel secondo caso, avremo in uscita: licenze su propri brevetti ed eventuali *spin-out* di tecnologie approntate all’interno dell’impresa.

Figura 1.7: “*Open Innovation Models*”



Tratto da Docherty (2006).

I modelli d’innovazione classificati nelle sei generazioni qui brevemente descritte comportano vantaggi e svantaggi. Ed ancora, non c’è un modello che si può considerare veramente completo e che copre le diverse prospettive di tutte le aree applicative (du Preez e Louw, 2008).

Processi d'innovazione nelle PMI

I processi d'innovazione nelle Piccole e Medie Imprese (PMI) sono molto differenti da quelli che hanno luogo nelle grandi *corporation* (Pavitt, 2003).

Scozzi, Garavelli e Crowston (2005)⁹⁸, in uno studio empirico basato su interviste a *top manager* di PMI, rilevano che nonostante che l'importanza delle PMI per lo sviluppo economico, come pure il loro ruolo come innovatori, sono stati ampiamente riconosciuti in letteratura, poca attenzione è stata rivolta dagli studiosi alle modalità secondo le quali l'innovazione viene realizzata e gestita in questo tipo di organizzazioni.

La ricerca, condotta da questi autori, ha evidenziato che poche PMI prestano attenzione all'innovazione e quando essa è attuata si sostanzia in miglioramenti del prodotto in termini di qualità e caratteristiche di marketing. Allo stesso tempo, la maggior parte delle PMI considera l'innovazione molto importante per ridurre i costi, attraverso il miglioramento del processo di produzione, mentre sono state rilevate poche innovazioni radicali. L'opinione maggiormente condivisa tra gli intervistati è stata che l'innovazione parte di solito da un'idea del proprietario-imprenditore (*owner-entrepreneur*) e che il ruolo ricoperto da quest'ultimo è fondamentale per la "sponsorizzazione" del processo innovativo all'interno dell'impresa. Le idee innovative scaturiscono maggiormente da suggerimenti con i clienti,

⁹⁸ Scozzi B., Garavelli C., Crowston K. (2005). "Methods for modeling and supporting innovation processes in SMEs", *European Journal of Innovation Management*, Vol. 8/1.

partecipazione a fiere, analisi di mercato e reparto R&D. Il *know-how* tecnologico raramente è sviluppato all'interno delle PMI, ma più spesso viene acquisito in laboratori esterni oppure acquistando risorse *hardware* e *software*. La maggior parte degli intervistati ha espresso la convinzione che le PMI nell'implementare i processi d'innovazione sono avvantaggiati, rispetto alle grandi imprese, per la loro flessibilità organizzativa e per la capacità di avere efficaci rapporti di comunicazione con le altre imprese. Tuttavia, è stato rilevato che il processo di comunicazione tra le PMI avviene per lo più in maniera gerarchica ed in molti casi non c'è comunicazione orizzontale, vale a dire tra reparti omologhi di PMI diverse. Gli autori hanno, infine, rilevato che gli intervistati considerano, tra i principali ostacoli all'innovazione, la scarsa flessibilità del lavoro e la mancanza di infrastrutture, ed in misura minore, la difficoltà di raccogliere informazioni e *know-how* (Scozzi, Garavelli e Crowston, 2005).

1.3 Innovazione Tecnologica

L'esistenza di una stretta relazione tra la crescita economica ed il cambiamento, da un lato, e dall'altro il progresso tecnico, è un dato di fatto ben illustrato e consolidato in letteratura (Dosi, 1982)⁹⁹.

Non si registra lo stesso consenso, però, per quanto riguarda la natura di questo legame. Restano controverse, infatti, quattro sue caratteristiche: la direzione della relazione causale, sia nel breve e sia nel lungo termine, il grado d'indipendenza del cambiamento tecnico nei confronti nei meccanismi endogeni del mercato, il ruolo giocato dai fattori istituzionali ed, infine, la misura (*rate*) e direzione dell'attività innovativa (Dosi, 1982).

Le teorie che descrivono il cambiamento tecnico possono considerarsi raggruppate in due grandi categorie, quella c.d. "*demand-pull*" e l'altra definita come "*technology-push*", che pongono l'enfasi sul livello d'autonomia dell'attività innovativa rispetto ai cambiamenti di breve termine dell'economia. Questi due approcci di ricerca presentano entrambi dei punti critici, ed in modo particolare l'approccio "*demand-pull*" che descrive il processo innovativo come una sorta di meccanismo di reazione nel quale le richieste trovano risposta in una "*black-box*" di soluzioni prontamente disponibili (Dosi, 1982). D'altra parte, gli approcci "*technology-push*", se portati a configurazioni estreme, nelle quali la direzione causale dell'innovazione è completamente unidirezionale, cioè dettata esclusivamente dagli avanzamenti tecnologici, rischiano di trascurare completamente le

⁹⁹ Dosi G. (1982). "Technological paradigms and technological trajectories", *Research Policy*, North Holland Publishing Company, Vol. 11.

influenze dei fattori economici nella determinazione della direzione seguita dal cambiamento tecnologico.

Considerando le criticità connesse ai due approcci tradizionali, prima richiamati, Giovanni Dosi (1982) si è posto il problema di individuare i motivi per i quali alcuni sviluppi tecnologici emergono invece di altri, e se emergono "regolarità", sia nel processo di generazione di nuove tecnologie e nel successivo progresso tecnico, e sia nella relazione funzionale tra il vasto numero di fattori economici, sociali, istituzionali e scientifici, che con ogni probabilità influenzano il processo innovativo".

Traiettorie e Regimi Tecnologici

Nelson e Winter (1977)¹⁰⁰, investigando sui modi d'evoluzione dei processi d'innovazione tecnologica, hanno usato il termine "traiettorie naturali" (*natural trajectories*), per indicare la direzione/percorso seguito dal progresso tecnologico. Gli stessi autori hanno introdotto, inoltre, il concetto di "regime tecnologico". Quest'ultimo costrutto concettuale rappresenta il contesto ambientale di apprendimento e di conoscenza nel quale l'organizzazione si trova ad operare.

Uno specifico "regime tecnologico" definisce la natura del problema che le imprese devono risolvere nel condurre le attività innovative, influenza la forma del modello dell'apprendimento tecnologico, modella gli incentivi ed i condizionamenti per particolari comportamenti ed organizzazioni. Il "regime tecnologico", infine,

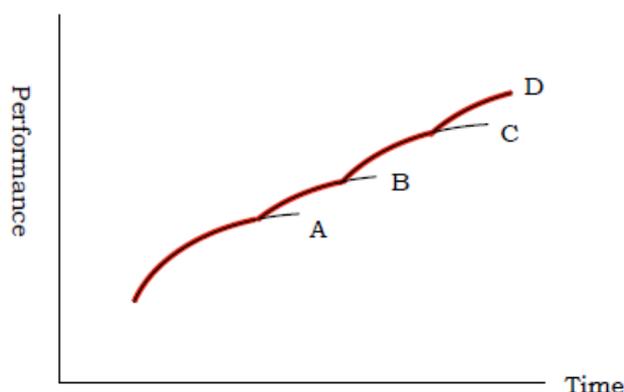
¹⁰⁰ Nelson R.R., Winter S.G. (1977). "In Search of Useful Theory of Innovation", *Research Policy*, Vol. 6.

influenza i processi di base che governano le dinamiche e l'evoluzione delle imprese (Malerba, 2005)¹⁰¹.

Sulla scorta del lavoro di Nelson e Winter (1977), Giovanni Dosi (1982) ha introdotto il concetto di "traiettorie tecnologiche", definendole come un modello secondo il quale evolve una "normale" attività di *problem solving*. Questo modello rappresenta il "progresso" ottenuto nell'ambito di un determinato campo d'azione che Dosi (1982) definisce "paradigma tecnologico". Queste attività sottendono una continuità del processo innovativo di tipo incrementale.

Per meglio comprendere il costrutto concettuale di "traiettoria tecnologica" si veda la Figura 1.8.

Figura 1.8 – Traiettoria tecnologica



Tratto da Takahashi *et al.* (2013)¹⁰²

In questa rappresentazione si può rilevare che una nuova tecnologia rimpiazza un'altra più datata. In particolare, appena una tecnologia A si approssima al suo stadio di maturità, il ritmo del miglioramento delle performance tende a diminuire. Ciò causa il

¹⁰¹ Malerba F., (2005). "Sectoral Systems: How and Why Innovation Differs Across Sectors", in Fagerberg J., Mowery D., Nelson R. (eds), *Handbook of Innovation*, Oxford University Press. New York.

¹⁰² Takahashi N., Shintaku J., Ohkawa H. (2013). "Is Technological Trajectory Disruptive?", *Annals of Business Administrative Science*, Vol. 12.

passaggio alla tecnologia B che esibisce performance superiori. Allo stesso modo, avviene uno *switch* dalla tecnologia B a quella C, e quindi alla D. Il tratto segnato in rosso indica la "traiettoria tecnologica continua" e rappresenta l'ambito continuo, cioè senza discontinuità, che sostiene il cambiamento tecnologico.

Christensen e Bower (1996) distinguono fra traiettorie tecnologiche che sostengono l'innovazione (*trajectories-sustaining innovation*) e traiettorie tecnologiche disruptive (*trajectory-disruptive*) che portano ad innovazioni radicali per mezzo delle quali tecnologie obsolete sono soppiantate completamente da nuove più performanti.

Sistemi settoriali d'innovazione

Il primo studioso ad affermare che settori produttivi diversi presentano differenti traiettorie tecnologiche è stato Dick Pavitt (1984)¹⁰³. Questo autore ha proposto una tassonomia dei settori produttivi che tiene conto delle sorgenti d'innovazione, i requisiti degli utenti ed il regime d'appropriabilità. Quest'ultima condizione rende conto della possibilità dell'impresa innovatrice di proteggere le sue innovazioni dalle imitazioni e, quindi, il livello di probabilità di raccogliere profitti dalle sue attività innovative. In accordo a Pavitt (1984), i settori produttivi possono essere considerati suddivisi in quattro categorie:

¹⁰³ Pavitt, K. (1984). "Sectoral patterns of technical change: Towards a taxonomy and a theory", *Research Policy*, Vol.13/6.

- Settori dominati dai fornitori: questi sono principalmente i settori manifatturieri tradizionali (es. tessile, agricoltura) che fanno affidamento su sorgenti di innovazioni esterne;
- Settori caratterizzati dalla presenza d'impresе di grandi dimensioni che, operando con produzioni di larga scala, realizzano materiali di base e beni di consumo durevoli (es. auto, grandi elettrodomestici). In questo caso le sorgenti d'innovazione possono essere interne o esterne all'impresa;
- Settori rappresentati da fornitori specializzati che producono tecnologie che sono vendute ad altre imprese;
- Settori dedicati alla produzione di beni ad elevato contenuto tecnologico, spesso basati sui risultati d'attività scientifiche. Questi settori fanno affidamento, di solito, su ricerche scientifiche effettuate all'interno dell'impresa e/o finanziate con fondi pubblici (es. settore farmaceutico).

Il concetto di sistemi d'innovazione settoriali è stato sviluppato ulteriormente da Malerba (2002)¹⁰⁴. Questo autore ha evidenziato che i collegamenti tra le imprese ed altre organizzazioni ricorrono come risultato di interdipendenze tecnologiche esistenti tra le loro rispettive basi di conoscenza (Schremf, Kaplan e Schroeder, 2013)¹⁰⁵.

In generale l'innovazione differisce in maniera rilevante tra i diversi settori produttivi, in termini di caratteristiche, sorgenti, attori

¹⁰⁴ Malerba, F. (2002). "Sectoral systems of innovation and production". *Research Policy*, Vol. 31/2.

¹⁰⁵ Schremf B., Kaplan D., Schroeder D. (2013). "National, Regional, and Sectoral Systems of Innovation - An overview", Report for FP7 Project "Progress", progressproject.eu.

coinvolti, i confini del processo d'innovazione ed, infine, l'organizzazione delle attività innovative.

Le dimensioni considerate dagli studiosi per rendere conto delle differenze settoriali nei processi d'innovazione hanno assunto, nel corso del tempo, configurazioni diverse. Tra queste ultime ricordiamo la più semplice di tutte, basata sulla distinzione tra settori ad elevata intensità di Ricerca e Sviluppo (R&S) e settori a bassa intensità di R&S.

Un'altra distinzione si focalizza sulla struttura di mercato e le dinamiche industriali che connotano i settori. Tale approccio trae origine dal lavoro di Schumpeter (1934, 1942)¹⁰⁶ dove sono indicati due archetipi principali, secondo i quali possono evolvere i processi innovativi, modelli Mark I e Mark II.

Il modello Mark I rende conto dei processi innovativi che presentano dinamiche del tipo c.d. "*creative destruction*", o "*widening*". Queste dinamiche sono rappresentate dall'esistenza di basse barriere tecnologiche all'ingresso e da un ruolo preminente nelle attività innovative ricoperto da imprenditori e nuove imprese che non avevano innovato in precedenza.

I settori assimilabili al modello schumpeteriano di tipo Mark II, sono connotati dalla presenza di poche imprese, già affermate e di grandi dimensioni, e da alte barriere all'ingresso per le nuove imprese innovatrici. Nel modello Mark II, contraddistinto da "*creative*

¹⁰⁶ Schumpeter J.A. (1934). "*The Theory of Economic Development - An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle*" Harvard University Press, Cambridge, MA.
Schumpeter J.A., (1942). "*Capitalism, Socialism and Democracy*", Routledge, New York.

accumulation”, anche noto come *“deepening”*, le innovazioni sono introdotte da imprese che hanno già innovato in precedenza.

Altre differenze tra i settori sono stati posti in relazione con i “regimi tecnologici” (Nelson e Winter, 1982).

Malerba e Orsenigo (1996, 1997)¹⁰⁷ hanno sostenuto che un regime tecnologico è connotato da condizioni di “opportunità”, cioè la probabilità che i fondi investiti si concretizzino in innovazioni; la condizione di “appropriabilità”, che tiene conto della possibilità che l’impresa possa proteggere la sua innovazione dalle imitazioni e possa raccogliere profitti dalle sue attività innovative; la condizione del grado di “cumulabilità” della conoscenza tecnologica, cioè le innovazioni e le attività innovative attuali possano rappresentare la base di partenza per le innovazioni future, ed infine, la condizione rappresentata dalla natura della base di conoscenza che sostiene le attività innovative dell’impresa.

La base di conoscenza tecnologica, in accordo a Winter (1984)¹⁰⁸, è caratterizzata da specifiche caratteristiche (*specificity, tacitness, complementarity, independence*) che possono differire in maniera rilevante tra i diversi settori e tecnologie.

In accordo a Malerba (2005), le differenze tra “regimi tecnologici” influenzano l’organizzazione delle attività d’innovazione a livello settoriale e possono condurre a differenze fondamentali tra i

¹⁰⁷ Malerba F., Orsenigo L., (1996). “Schumpeterian patterns of innovation”, Cambridge, *Journal of Economics*, Vol.19/1.

Malerba F., Orsenigo L., (1997). “Technological regimes and sectoral patterns of innovative activities”, *Industrial and Corporate Change*, Vol.6.

¹⁰⁸ Winter S. (1984). “Schumpeterian competition in alternative technological regimes”, *Journal of Economic Behaviour and Organisation*, Vol. 5.

modelli Mark I e Mark II. In particolare, condizioni d'elevata "opportunità" tecnologica, bassa "appropriabilità" e "cumulabilità" a livello di impresa, conducono un settore a conformarsi al modello Mark I. Viceversa, elevata "appropriabilità" e "cumulabilità" a livello d'impresa conducono lo specifico settore a conformarsi al modello Mark II (es. l'industria dei semiconduttori negli anni '90 e l'industria del computer *mainframe* negli anni 1950—1990. Gli attributi settoriali, espressi dal regime tecnologico e dai modelli schumpeteriani Mark I e Mark II, possono evolvere e cambiare nel corso del tempo (Klepper, 1996)¹⁰⁹.

Le rappresentazioni concettuali, prima brevemente indicate, focalizzano l'analisi delle differenze settoriali su specifici aspetti. Recentemente è stata proposta una nuova rappresentazione concettuale dell'innovazione settoriale c.d. "*Sectoral System of Innovation*". Quest'ultima offre agli studiosi una visione integrata, multidimensionale e dinamica dell'innovazione settoriale, rappresentando una metodologia per l'analisi ed il confronto tra settori diversi (Malerba, 2005).

Questa visione specifica dell'innovazione integra altri concetti, proposti nell'ambito della letteratura relativa ai c.d. "sistemi d'innovazione" (Edquist, 1997)¹¹⁰. Ci riferiamo qui ai seguenti costrutti concettuali (Malerba, 2005):

¹⁰⁹ Klepper S. (1996). "Entry, exit, growth and innovation over the product life cycle", *American Economic Review*, Vol. 86.

¹¹⁰ Edquist C. (ed.) (1997). "*Systems of Innovation*", Frances Pinter, London

- "Sistemi nazionali d'innovazione", delimitati dai confini nazionali e focalizzati sul ruolo delle organizzazioni non d'impresa ed istituzioni (Freeman,1987; Nelson, 1993; Lundvall 1993)¹¹¹;
- "Sistemi regionali/locali d'innovazione", in cui il confine è la regione (Cooke *et al.*,1997)¹¹²;
- "Sistemi tecnologici d'innovazione", in cui il *focus* è sulle tecnologie e non sui settori (Carlsson-Stankiewicz, 1995; Hughes, 1984; Callon, 1992)¹¹³;
- "Sistemi d'innovazione distribuiti", nei quali il *focus* è su specifiche innovazioni (Andersen - Metcalfe -Tether, 2002)¹¹⁴.

Ritornando al tema principale, osserviamo che un sistema settoriale d'innovazione non presenta vincoli spaziali, potendosi estendere oltre i confini nazionali e regionali ed assumere dimensioni globali. Un sistema settoriale rappresenta un insieme d'attività che sono implementate per la realizzazione di alcuni gruppi di prodotti tra loro collegati e che rispondono a specifici bisogni/richieste già delineate

¹¹¹ Freeman C. (1987). *Technology policy and economic performance: lessons from Japan*, F. Pinter, London.

Nelson R. (1993). *National Innovation Systems: a comparative study*, Oxford University Press, Oxford.

Lundvall B.A. (1993). *National Systems of Innovation*, F. Pinter, London

¹¹² Cooke P., Gomez Uranga M., Extebarria G. (1997). "Regional Innovation Systems: Institutional and Organizational Dimensions", *Research Policy*, n. 4-5.

¹¹³ Carlsson B. Stankiewicz R. (1995). "On the nature, function and composition of technological systems" in Carlsson B. (ed.), "Technological systems and economic performance", Kluwer Dordrecht.

Callon M. (1992). "The dynamics of techno-economic networks", in Coombs R. Saviotti P. Walsh V. (eds) "Technical change and company strategies", Academy Press, London.

Hughes T.P. (1984). "The evolution of large technological systems", in Bijker W. Hughes T. Pinch T. (ed.), "The social construction of technological systems", MIT Press Cambridge.

¹¹⁴ Andersen B., Metcalfe J.S., Tether B.S. (2002). *Distributed Innovation Systems and Instituted Economic Processes*, (Working Paper Essay).

o emergenti. Esso è la diretta conseguenza dell'interazione tra i suoi blocchi costitutivi di seguito rappresentati¹¹⁵:

- **Conoscenza, dominio tecnologico e confini settoriali:**
Questo blocco è rappresentato dal dominio in cui i confini del sistema sono intrinsecamente dinamici e la loro definizione deve scaturire dall'analisi, a differenza dei sistemi nazionali e regionali dove i confini sono automaticamente definiti. I confini del sistema sono definiti anche in funzione dei collegamenti e complementarità tra i prodotti o tecnologie e le attività, e possono essere sia statici e sia dinamici;
- **Attori e reti:** Nell'ambito di un settore questi elementi sono eterogenei e possono includere individui, imprese, organizzazioni pubbliche e non. I processi di apprendimento, comportamento, obiettivi e competenze risultano connessi tra loro attraverso relazioni di mercato e non di mercato;
- **Istituzioni:** Queste giocano un ruolo importante e decisivo nel modellare le azioni e le interazioni tra agenti e contribuiscono a guidare il comportamento di questi ultimi in una direzione piuttosto che un'altra. Le istituzioni nazionali possono influenzare i settori in maniera diversa, per esempio le norme che regolano la proprietà intellettuale ed i brevetti possono favorire un settore (es. farmaceutico) e ostacolare altri (es. alimentare). L'influenza tra le istituzioni nazionali e sistemi

¹¹⁵ Per una trattazione più approfondita sui sistemi settoriali d'innovazione si rimanda alla documentazione prodotta nell'ambito del progetto ESSY (European Commission – "Sectoral Systems in Europe: Innovation, Competitiveness & Growth – ESSY Final Report 2002, Project SOE1-CT98-1116 (TESR), CESPRI Bocconi, Milano.

settoriali può essere mutua, per esempio un settore industriale molto importante può modellare le istituzioni.

1.4 Innovazione Organizzativa

La diversa natura dei processi d'innovazione può essere rappresentata distinguendo l'innovazione di prodotto, relativa a "cosa" si produce e cioè beni materiali o servizi, dall'innovazione di processo che tiene conto di "come" si produce. Quest'ultima si articola, a sua volta, in innovazione tecnologica ed organizzativa.

Questa classificazione non è univoca ed assoluta. Molte innovazioni di prodotto, per esempio, possono essere utilizzate da un'altra impresa per realizzare un'innovazione di processo. Ad esempio, un *robot* industriale è un prodotto nel momento che è venduto dall'impresa che lo produce ad una società cliente. In seguito, quando quest'ultima lo installa nel suo ciclo di produzione, lo stesso *robot* diventa un'innovazione di processo, (Edquist, 2001)¹¹⁶.

L'innovazione organizzativa è essenziale per i processi d'innovazione e costituisce parte dello stesso sistema che la mette in atto (Lam, 2004)¹¹⁷. In altre parole, il sistema è allo stesso tempo "*organization*" ed "*organizing*" (Weick, 1979)¹¹⁸.

Il termine "innovazione organizzativa", secondo Lam (2004), è ambiguo a causa dell'uso differente praticato dagli studiosi. Alcuni autori, infatti, utilizzano questo termine per indicare "l'innovazione o l'innovatività del comportamento"

¹¹⁶ Edquist C. (2001). "The Systems of Innovation Approach and Innovation Policy: An account of the state of the art", *DRUID Conference*, Aalborg, 12-15 giugno.

¹¹⁷ Lam A. (2004). "Organizational Innovation", MPRA Paper nr. 11539, *Royal Holloway College*, University of London.

¹¹⁸ Weick K.E. (1979). "*The Social Psychology of Organizing*", 2nd Ed., Addison-Wesley, Reading, M.A.

(Sorensen e Stuart, 2000)¹¹⁹; altri "l'adozione organizzativa delle innovazioni" (Damanpour, 1996)¹²⁰. Da un punto di vista più generale, il termine indica la "creazione o l'adozione di un'idea o di un comportamento nuovo nell'organizzazione" (Daft, 1978).

Lo scopo degli studi riguardanti *l'innovazione organizzativa* consiste nell'identificazione delle variabili individuali, organizzative ed ambientali o di contesto, che influenzano la propensione di una organizzazione ad adottare una innovazione (Lam, 2004).

Tuttavia, altri studiosi usano il termine in senso più restrittivo, riferendosi all'innovazione negli *assetti organizzativi* (Pettigrew e Fenton, 2000)¹²¹.

In quest'ultima accezione si riscontra la tendenza ad equiparare *l'innovazione organizzativa* con il cambiamento o lo sviluppo organizzativo, sottintendendo che il cambiamento è esso stesso necessariamente innovativo, senza peraltro esplicitare un collegamento tra il cambiamento organizzativo e l'innovazione tecnologica (Lam, 2004).

In accordo a Lam (2004), la letteratura relativa alla "innovazione organizzativa" si può considerare suddivisa in tre *stream* principali o gruppi di teorie:

- ✓ *Organizational Design*: Queste teorie sono focalizzate nello studio del collegamento tra le forme strutturali e la

¹¹⁹ Sorensen J.B., Stuart T.E. (2000). "Age, Obsolescence, and Organizational Innovation", *Administrative Science Quarterly*, Vol.45/1.

¹²⁰ Damanpour F. (1996). "Organizational Complexity and Innovation: Developing and Testing Multiple Contingency Models", *Management Science*, Vol.42/5.

¹²¹ Pettigrew A.M., Fenton E.M. (eds.). (2000). "*The Innovating Organization*", Sage Publications, London.

propensione delle organizzazioni ad innovare (Burns e Stalker, 1961; Lawrence e Lorsch, 1967; Mintzberg, 1979)¹²².

- ✓ *Organizational Cognition & Learning*: Queste teorie sono concentrate sul processo secondo cui l'organizzazione sviluppa nuove idee per la soluzione di problemi (*problem solving*), enfatizzando i fondamenti cognitivi dell'innovazione organizzativa e considerandola in stretta relazione con l'apprendimento ed il processo di creazione di conoscenza organizzativa (Argyris e Schon, 1978; Nonaka e Takeuchi, 1995)¹²³.
- ✓ *Organizational Change and Adaptation*: Orientate alla comprensione dei processi sottostanti alla creazione di nuove forme organizzative, in particolare se le organizzazioni sono in grado di superare l'inerzia ed adattarsi di fronte ai cambiamenti tecnologici e di contesto, e se infine il cambiamento organizzativo si verifica a livello di popolazione attraverso la selezione (Hannan e Freeman, 1977, 1984; Romanelli e Thusman, 1994)¹²⁴.

¹²² Burns T., Stalker G.M. (1961). *"The Management of Innovation"*, Tavistock, London.

Lawrence e Lorsch, 1967, op. già citata.

Mintzberg H. (1979). *"The Structuring of Organization"*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N.J.

¹²³ Argyris C., Schon D. (1978). *"Organizational Learning: A Theory of Action Perspective"*, Addison-Wesley, Reading, MA.

Nonaka I., Takeuchi H. (1995). *"The Knowledge Creating Company"*, Oxford University Press, New York.

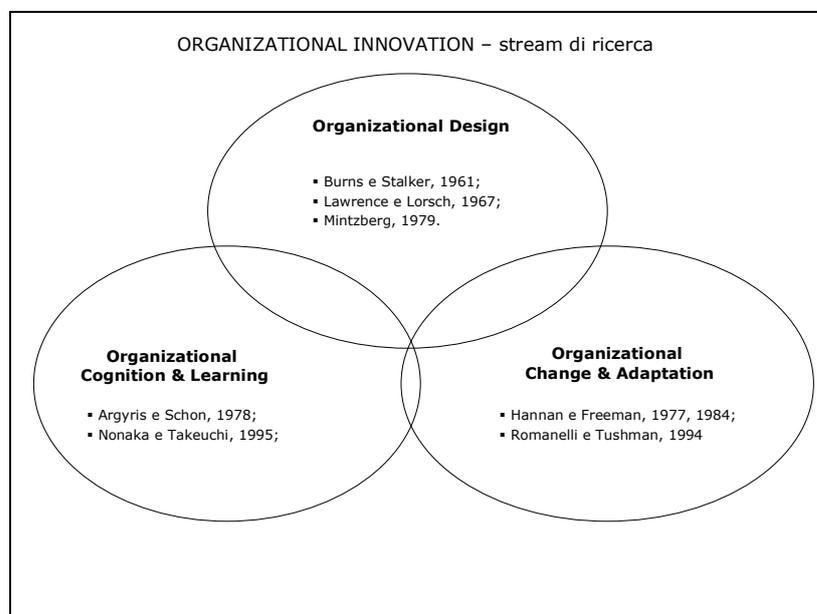
¹²⁴ Hannan M.T., Freeman J.H. (1977). "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, Vol. 82/5.

Hannan M.T., Freeman J.H. (1984). "Structural Inertia and Organizational Change", *American Sociological Review*, Vol.49/2.

In quest'ambito di studio l'innovazione è considerata come la capacità delle organizzazioni a reagire ai cambiamenti nell'ambiente esterno, ed eventualmente di influenzarle e modellare questi ultimi.

Queste tre diverse prospettive di studio dell'innovazione organizzativa, pur restando distinte sotto il profilo teorico, presentano, tuttavia, importanti sovrapposizioni di tipo empirico (Lam, 2004).

Figura 1.9: Organizational Innovation – 3 *stream* di ricerca



Elaborato a partire da Lam (2004).

Nelle prossime pagine si fornirà una breve disamina dei tre *stream* di ricerca sopra evidenziati.

Organizational Design – Struttura & Innovazione

Il percorso di ricerca che ha contraddistinto le teorie dell'*Organizational Design* può farsi risalire ai lavori relativi alle

Romanelli E., Tushman M.L. (1994). "Organizational Transformation as Punctuated Equilibrium: An Empirical Test". *The Academy of Management Journal*, Vol. 37/5.

strutture burocratiche di Weber (1947)¹²⁵ ed a quelle *multidivisionali* di Chandler (1962)¹²⁶, per citare quelle risultate più influenti. Questo approccio teorico, noto come *Teoria Classica*, era basato sull'idea che vi era "un unico modo migliore di organizzare".

Tuttavia, ricerche successive condotte negli anni '60 e '70 hanno argomentato che la soluzione organizzativa migliore dipendeva dalle specifiche condizioni operative in cui l'impresa doveva operare. Questa teoria, nota come *Contingency Theory*, specificava che la struttura organizzativa ottimale dipendeva da determinate condizioni contingenti, come la dimensione (*scale*) operativa (Blau, 1970)¹²⁷; la tecnologia (Woodward, 1965; Perrow, 1970)¹²⁸; oppure l'ambiente esterno (*environment*) (Burns e Stalker, 1961; Lawrence e Lorsch, 1967).

Gli studi di Burns e Stalker (1961) individuarono due archetipi organizzativi, e cioè le organizzazioni c.d. "meccanicistiche" e quelle "organiche". Le prime, descritte come rigide e gerarchiche, erano adatte per ambienti stabili, mentre le seconde, connotate da fluidità organizzativa, erano più adeguate a condizioni di rapido cambiamento ed innovazione. Questi autori hanno sostenuto che nessuno dei due archetipi sia migliore

¹²⁵ Weber M. (1947). "The Theory of Social and Economic Organization", The Free Press, Glencoe, IL.

¹²⁶ Chandler A.D. (1962). "Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise", MIT Press, Cambridge, M.A.

¹²⁷ Blau P.M. (1970). "A Formal Theory of Differentiation in Organizations", *American Sociological Review*, Vol.35/2.

¹²⁸ Woodward J. (1965). "Industrial Organization, Theory and Practice", Oxford University Press, London.

Perrow C. (1970). "Organizational Analysis", Tavistock, London.

dell'altro, bensì è il contesto esterno, con le sue specifiche condizioni contingenti, a sollecitare la risposta strutturale più adatta.

Secondo Lawrence e Lorsch (1967) le strutture individuate da Burns e Stalker (1961) non si devono considerare come una scelta obbligata tra due soluzioni alternative ed opposte, ma piuttosto esse rappresentano i poli estremi di un *continuum* nel quale le strutture organizzative reali si collocano in una posizione situata tra i due poli. Tale posizione rappresenta, in effetti, il mix ottimale tra le due soluzioni strutturali teorizzate da Burns e Stalker (1961).

Lawrence e Lorsch (1967), hanno sostenuto che le due soluzioni strutturali opposte ("poli") di Burns e Stalker (1961) non solo possono coesistere in una stessa impresa, ma che tale soluzione ottimale può essere diversa, in un dato momento, nell'ambito della stessa struttura organizzativa. Secondo Lam (2004), Lawrence e Lorsch (1967), delineando questa posizione teorica sono stati veramente visionari poiché hanno anticipato un tema di dibattito molto attuale. Quest'ultimo riguarda, infatti, l'importanza di sviluppare organizzazioni capaci di affrontare cambiamenti sia evolutivi/adattivi e sia rivoluzionari. Queste organizzazioni ibride sono state denominate "*ambidestre*" (Tushman e O'Reilly, 1996, 1999)¹²⁹.

¹²⁹ Tushman M.L., O'Reilly C.A. III (1996). "Ambidextrous Organizations: Managing Evolutionary and Revolutionary Change", *California Management Review*, Vol.38/4.

Incidentalmente, la scrivente osserva che l'asserto di Lawrence e Lorsch (1967) rappresenta una soluzione di compromesso tra le "organizational and market agilities" di Wright *et al.* (1999) e la "structural inertia" di Hannan e Freeman (1984).

Questo suggerisce che le strutture organizzative devono presentare un carattere ambivalente, vale a dire esse devono essere abbastanza agili da reagire tempestivamente ai cambiamenti dell'ambiente esterno (Wright *et al.*, 1999); ed al tempo stesso non esserlo sempre, mostrando anzi una "inerzia strutturale" poiché i processi di selezione naturale tendono a favorire le strutture che non cambiano facilmente (Hannan e Freeman, 1984).

Su questo punto la scrivente rileva che le tesi espresse da altri studiosi (Parsons, 1960; Downs, 1967)¹³⁰ confortano la posizione sostenuta da Lawrence e Lorsch (1967).

Parsons (1960), infatti, rileva che le gerarchie organizzative non sono continue, ma vi sono interruzioni (*breaks*) tra i livelli tecnici, manageriali e istituzionali, e che tali livelli non presentano uguali caratteristiche di risposta agli stimoli esterni. Ed ancora, Downs (1967) usa la metafora della "profondità organizzativa" per affermare che le organizzazioni hanno quattro differenti profondità strutturali e ciascuna di esse presenta diverse velocità di risposta.

Tushman M.L., O'Reilly C.A. III (1999). "Building Ambidextrous Organizations: Forming Your Own "Skunk Works", *Health Forum Journal*, Vol.42/2.

¹³⁰ Parsons T. (1960). "Structure and Process in Modern Society", Free Press, Glencoe, IL.

Downs A. (1967). "Inside Bureaucracy", Waveland Pr Inc.

L'elemento di riflessione qui delineato rappresenta, secondo la scrivente, una sovrapposizione tra i sotto campi di studio *Organizational Design* ed *Organizational Change & Adaptation*, e può rappresentare un ulteriore percorso di approfondimento per studi futuri.

Mintzberg (1979), continuando sullo stesso sentiero di studio, propose cinque diversi archetipi di strutture organizzative: *simple structure, machine bureaucracy, professional bureaucracy, divisional form e adhocracy*. Egli suggerì che le organizzazioni di successo progettano la propria struttura organizzativa in funzione della loro situazione operativa. Ciascuno dei cinque archetipi proposti da Mintzberg esibisce una diversa potenzialità ad innovare.

Gli studiosi di microeconomia, analizzando la valenza della strategia verso la struttura organizzativa, sostengono che quest'ultima è allo stesso tempo causa ed effetto delle scelte strategiche manageriali operate in risposta alle opportunità offerte dal mercato (Lam, 2004). Le forme organizzative sono costruite, infatti, a partire da due variabili, "strategia" e "struttura".

Ed ancora, Teece (1998)¹³¹ illustra i collegamenti tra la "strategia", "struttura" e la diversa natura dell'innovazione, specificando le sottostanti proprietà dell'innovazione di tipo

¹³¹ Teece D.J. (1998). "Design issues for Innovative Firms: Bureaucracy, Incentives and Industrial Structure" in Chandler A.D. Jr., Hagstrom P., Solvell O. (eds.), "The Dynamic Firm", Oxford University Press, Oxford.

tecnologico e suggerendo un set di requisiti organizzativi per l'attivazione del processo d'innovazione.

Figura 1.10: Archetipi strutturali e potenziale d'innovazione (Mintzberg).

Organization archetype	Key features	Innovative potential
Simple structure	An organic type centrally controlled by one person but can respond quickly to changes in the environment, e.g. small start-ups in high-technology.	Entrepreneurial and often highly innovative, continually searching for high-risk environments. Weaknesses are the vulnerability to individual misjudgement and resource limits on growth.
Machine bureaucracy	A mechanistic organization characterized by high level of specialization, standardization and centralized control. A continuous effort to routinize tasks through formalization of worker skills and experiences, e.g. mass production firms.	Designed for efficiency and stability. Good at dealing with routine problems, but highly rigid and unable to cope with novelty and change.
Professional bureaucracy	A decentralised mechanistic form which accords a high degree of autonomy to individual professionals. Characterized by individual and functional specialization, with a concentration of power and status in the 'authorized experts'. Universities, hospitals, law and accounting firms are typical examples.	The individual experts may be highly innovative within a specialist domain, but the difficulties of coordination across functions and disciplines impose severe limits on the innovative capability of the organization as a whole.
Divisionalized form	A decentralized organic form in which quasi-autonomous entities are loosely coupled together by a central administrative structure. Typically associated with larger organizations designed to meet local environmental challenges.	An ability to concentrate on developing competency in specific niches. Weaknesses include the 'centrifugal pull' away from central R&D towards local efforts, and competition between divisions which inhibit knowledge sharing.
Adhocracy	A highly flexible project-based organization designed to deal with instability and complexity. Problem-solving teams can be rapidly reconfigured in response to external changes and market demands. Typical examples are professional partnerships and software engineering firms.	Capable of fast learning and unlearning; highly adaptive and innovative. However, the unstable structure is prone to short life, and may be driven over time toward the bureaucracy (see also section 3.3).

Tratto da Lam (2004).

Il *framework* concettuale proposto da Teece (1998) indica che la direzione ed il tasso d'innovazione sono fortemente influenzati dalla "struttura" formale (modalità di *governance*) ed "informale" (cultura e valori), come pure dalla rete esterna di imprese.

Basandosi su quattro classi di variabili, *firm boundaries*, *internal formal structure (governance)*, *internal informal structure (culture)*, *external links*, Teece (1998) definisce quattro diversi archetipi di modi attraverso i quali la *corporate governance* si può esplicitare:

- ✓ *Multi-product integrated hierarchy*;
- ✓ *High-flex silicon valley type*;
- ✓ *Virtual corporation*;
- ✓ *Conglomerate*.

Ciascuna delle diverse soluzioni organizzative è adatta ad un particolare ambiente competitivo e differenti tipologie d'innovazione.

Organization Cognition & Learning

Secondo questa prospettiva, l'innovazione organizzativa è considerata "a process of bringing new, problem-solving, ideas into use" (Amabile, 1988; Kanter, 1983)¹³² ed un'organizzazione innovativa viene definita come una organizzazione "intelligente e creativa" (Glynn, 1996)¹³³, capace di apprendere in maniera efficace (Senge, 1990; Argyris e Schon, 1978)¹³⁴ e che crea nuova conoscenza (Nonaka e Takeuchi, 1995). Considerare l'innovazione organizzativa sotto la prospettiva "cognitiva" trasla l'analisi degli

¹³² Amabile T.M. (1988). "A Model of Creativity and Innovation in Organizations", in N.M. Staw & L.L. Cummings (eds.), *Research in Organizational Behaviour*, JAI Press, Vol.10, Greenwich, CT.

Kanter R.M (1983). *The Change Masters*, Simon & Schuster, New York.

¹³³ Glynn M.A. (1996). "Innovative Genius: A Framework for Relating Individual and Organizational Intelligence to Innovation", *Academy of Management Review*, Vol.21/4.

¹³⁴ Senge P. (1990). *The Fifth Discipline: the Art and Practice of the Learning Organization*, Doubleday, New York.

studiosi dalle *strutture e sistemi* ai processi di *apprendimento organizzativo e creazione di conoscenza*.

Il termine "cognizione", o "cognitivo", attiene all'idea che gli individui sviluppano modelli mentali, sistemi di credenze e strutture di conoscenza che essi usano per percepire, costruire e dare un significato al mondo che li circonda e formulare decisioni circa le azioni da intraprendere" (Weick, 1979; Walsh, 1995)¹³⁵.

Il passaggio dalla cognizione individuale a quella organizzativa sottende una dimensione sociale che plasma la formazione di modelli mentali e schemi interpretativi condivisi collettivamente e che contribuiscono a determinare la cultura organizzativa. Gli schemi mentali condivisi, che sono parte della cultura organizzativa, a loro volta influenzano le decisioni manageriali e le azioni operate dall'organizzazione (Lam, 2004).

Allen Newell (1994)¹³⁶, nella sua teoria unificata della cognizione (*Unified Theories of Cognition*) ha stigmatizzato quattro regole che indicano i limiti cognitivi degli esseri umani. In pratica, Newell ha sostenuto che il cervello umano non può gestire più di 50.000 modelli concettuali (*patterns*) diversi, non può apprendere più di 15 concetti al giorno, non può manipolare più di 7 idee simultaneamente, ed infine nel risolvere un problema l'individuo non può evitare di convergere sulla prima soluzione invece di

¹³⁵ Walsh J.P. (1995). "Managerial and Organizational Cognition: Notes From a Trip Down Memory Lane", *Organization Science*, Vol.6/3.

¹³⁶ Newell A. (1994). "*Unified Theories of Cognition*", *Harvard University Press*.

considerare da un punto di vista strategico tutte le altre soluzioni restanti.

Herbert Simon (1991)¹³⁷ ha sostenuto che l'abilità degli individui ad elaborare la complessa varietà di stimoli provenienti dall'ambiente esterno è limitata. Questo autore, infatti, enunciando la sua teoria della "*bounded rationality*", ha messo in discussione la certezza di poter fare affidamento su un libero mercato perfetto dove tutti i diversi *stakeholder* operano nel proprio interesse formulando decisioni completamente razionali. Simon ha sostenuto, infatti, che il processo decisionale è influenzato dalla limitata quantità d'informazioni accessibili (*asimmetria informativa*), dai limiti cognitivi della mente umana e dai limiti di tempo imposti per definire una decisione. A causa di ciò, gli individui sviluppano schemi mentali ("*mental representations*") per filtrare, interpretare e ricostruire le informazioni generate dal contesto esterno. Questi schemi mentali possono in certe circostanze dare luogo alla generazione di idee e nuove prospettive ma possono anche portare ad errori (*biases cognitivi*) (Kahneman, 2012)¹³⁸ ed inerzia (Simon, 1991).

Gli studi condotti secondo questa prospettiva hanno mostrato che organizzazioni con diversa struttura presentano diversi modelli di apprendimento e di creazione di conoscenza, dando luogo perciò a diverse tipologie e capacità d'innovazione. In

¹³⁷ Simon H. A. (1991). "Bounded Rationality and Organizational Learning", *Organization Science*, Vol.2.

¹³⁸ Kahneman D. (2012). "*Pensieri lenti e veloci*", Arnoldo Mondadori, Milano.

particolare, i limiti organizzativi e l'ambiente sociale di apprendimento influenzano la visione cognitiva dell'organizzazione e la sua capacità a sostenere cambiamenti ed innovazioni radicali (Lam, 2004).

Nell'ambito della teoria dell'apprendimento organizzativo e di creazione di conoscenza è molto importante comprendere le modalità attraverso le quali la conoscenza e le prospettive a livello individuale diventano conoscenza collettiva e capacità a livello organizzativo.

La conoscenza collettiva rappresenta la conoscenza accumulata di un'organizzazione ed è immagazzinata nelle sue regole, *routine* e norme condivise, che guidano le attività di *problem-solving* ed i modelli d'interazione tra i membri dell'organizzazione.

Si riscontra un generale consenso tra gli studiosi circa il fatto che la conoscenza rappresenta l'*asset* maggiormente strategico di un'organizzazione ed è la sua principale fonte di vantaggio competitivo. Risulta, quindi, importante, comprendere le diverse componenti della conoscenza organizzativa e le relative problematiche operative che essa pone all'attenzione dei *manager* (Spender e Marr, 2005)¹³⁹. Un *framework* concettuale dedicato a questo scopo è quello relativo al Capitale Intellettuale.

¹³⁹ Spencer J.C., Marr B. (2005). "A Knowledge based perspective on Intellectual Capital", in Marr B. (eds) "*Perspectives on Intellectual Capital*", Elsevier Butterworth.

Conoscenza come Capitale Intellettuale

Per ritrovare le origini del termine *Intellectual Capital* occorre risalire al 1836, quando lo studioso Nassau William Senior indicò il Capitale Intellettuale quale importante fattore di produttività (Marr, 2005)¹⁴⁰.

Alla fine degli anni '50, Peter Drucker (1959)¹⁴¹ stigmatizzò l'importanza della conoscenza come risorsa delle organizzazioni. Penrose (1959)¹⁴², nel suo importante lavoro "*The Theory of the Growth of the Firm*", indicò le organizzazioni di impresa come una "*collezione di risorse, suddivise in asset fisici e capitale umano, quest'ultimo a sua volta formato da abilità e know-how, legate tutte insieme da un contesto amministrativo*".

Negli anni '80 e '90 si è registrato un nuovo impulso allo studio del Capitale Intellettuale determinato dalla riconsiderazione della teoria *Resources-Based View*. Secondo quest'ultima, le imprese possono ricavare vantaggi competitivi utilizzando risorse disponibili all'interno dell'impresa e difficilmente replicabili, quali gli *asset* intangibili (Wernerfelt, 1984; Rumelt, 1984; Barney, 1991)¹⁴³. Queste teorie della crescita dell'impresa erano, a loro volta, basate sui lavori fondamentali di Penrose (1959), Ricardo

¹⁴⁰ Marr B. (2005). "*Perspectives on Intellectual Capital*", Elsevier, Burlington, MA.

¹⁴¹ Drucker P.F. (1959). "Challenge to *Management Science*", *Long Range Planning*, Vol.5/2.

¹⁴² Penrose (1959) op. già citata.

¹⁴³ Wernerfelt (1984) op. già citata.

Rumelt R.P. (1984). "Towards a Strategic Theory of the Firm", in R.B. Lamp (eds) "*Competitive Strategic Management*", Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.

Barney J.B. (1991). "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage", *Journal of Management*, Vol. 17/1.

(1891)¹⁴⁴ e Schumpeter (1934), che indicavano le risorse interne alle organizzazioni come fattori preminenti per la definizione della strategia (Grant, 1991)¹⁴⁵.

Dagli anni '90 vi è stata una proliferazione di lavori di ricerca inerenti il Capitale Intellettuale che ha prodotto numerose definizioni e quasi altrettanti modelli di misura, afferenti a questo costruito concettuale.

Stewart (1997)¹⁴⁶ ha definito il Capitale Intellettuale come "il materiale intellettuale che è stato formalizzato, catturato, ed utilizzato per creare vantaggio competitivo". Kaplan e Norton (2004)¹⁴⁷ hanno sostenuto che gli *asset* intangibili, o capitale intellettuale, sono formati dalla "conoscenza che esiste in un'organizzazione per creare vantaggio competitivo".

Bontis (1999)¹⁴⁸, riferendosi alle definizioni di Capitale Intellettuale (CI) proposte da lui stesso e da altri studiosi (Bontis, 1998; Roos J. *et al.*, 1998; Sveiby, 1997; Edvinsson e Malone, 1997; Sullivan e Edvinsson, 1996)¹⁴⁹, ha osservato che il CI può

¹⁴⁴ Ricardo D. (1891). "Principles of Political Economy and Taxation", G. Bell, London.

¹⁴⁵ Grant R.M. (1991). "The Resources-Based Theory of Competitive Advantage: implications for Strategy formulation", *California Management Review*, Vol. 33/3.

¹⁴⁶ Stewart T.A. (1997). "*Intellectual Capital: The New Wealth Of Organizations*", Doubleday-Currency, New York.

¹⁴⁷ Kaplan R.S., Norton D.P. (2004). "*Strategy Maps – converting intangibles assets into tangible outcomes*", Harvard Business School Press, Boston, MA.

¹⁴⁸ Bontis N. (1999). "Managing organizational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field", *Journal of Technology Management*, Vol.18.

¹⁴⁹ Bontis N. (1998). "Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models", *Management Decision*, Vol. 36/2.

Roos J., Roos G., Dragonetti N., Edvinsson. L. (1998). "*Intellectual Capital: Navigating In The New Business Landscape*", New York University Press, New York.

Sveiby K.E. (1997). "*The New Organizational Wealth: Managing And Measuring Knowledge-Based Assets*", Berrett-Koehler, New York.

Edvinsson L., Malone. M. (1997). "*Intellectual Capital*", Harper Business, New York.

essere considerato un costrutto concettuale multidimensionale di secondo ordine (Kogut e Zander, 1992)¹⁵⁰, suddiviso in tre sottodomini: *Human Capital*, *Structural Capital* e *Relational Capital*.

In questa schematizzazione la componente *Human Capital* rappresenta la "conoscenza tacita" (Polanyi, 1967) che è integrata nelle menti delle persone che appartengono all'organizzazione; lo *Structural Capital* è costituito dalle "routine organizzative" ed, infine, il *Relational Capital* è formato dalla conoscenza integrata nel sistema di relazioni che intercorrono con l'ambiente esterno.

Bounfour (2003)¹⁵¹ ha sostenuto l'importanza di aggiungere al Capitale Strutturale ed al Capitale Umano, altre due elementi, *Market Capital* ed *Innovation Capital*, stigmatizzando l'importanza degli ambiti di conoscenza relativi al mercato ed all'innovazione.

Il costrutto concettuale di *routine* organizzative è stato introdotto da Nelson e Winter nel 1982 come "modelli di interazione collettiva", cioè modelli comportamentali di un gruppo di individui che consolidano in questo modo i modelli operativi standard per affrontare problemi noti. Le "routine organizzative" sono considerate come le componenti base del comportamento organizzativo ed il mezzo attraverso cui vengono immagazzinate le "capacità organizzative". Queste ultime sono in essenza una *routine* organizzativa o un insieme di *routine* interagenti.

Sullivan P., Edvinsson. L. (1996). "A model for managing Intellectual Capital", in R. Parr and P. Sullivan (Eds.), *Technology Licensing*, John Wiley & Sons, New York.

¹⁵⁰ Kogut B., Zander. U. (1992). "Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology", *Organization Science*, Vol. 3.

¹⁵¹ Bounfour A. (2003). "The management of intangibles", Routledge - Advances in Management and Business Studies, New York.

L'intera organizzazione può essere considerata come un immenso *network* di *routine* interagenti (Nelson e Winter, 1982; Grant, 1991).

Uno degli aspetti più interessanti del Capitale Intellettuale (CI), sul quale si sta concentrando in tempi più recenti l'attenzione degli studiosi, è la c.d. "dimensione dinamica" del CI, che tiene conto del fatto che quest'ultimo crea valore attraverso l'interazione di differenti tipologie di risorse intangibili.

Questa "dimensione dinamica" emerge secondo tre prospettive diverse: (a) creazione del valore attraverso la combinazione delle diverse classi di risorse intangibili; (b) attività che creano conoscenza; (c) capacità di implementare il cambiamento, cioè l'abilità dell'organizzazione a cambiare adattandosi all'ambiente in continua evoluzione (Kianto, 2007)¹⁵².

Queste tre prospettive danno conto delle diverse modalità attraverso le quali l'organizzazione può innovare se stessa, creando valore e sostenendo la competitività in contesti operativi continuamente mutevoli (Stam, 2010)¹⁵³.

La "dimensione dinamica" del CI, ed in particolare la prospettiva di cui alla lettera (c) sopra indicata, incidentalmente consente alla scrivente di evidenziare una ulteriore sovrapposizione tra le prospettive di analisi della innovazione organizzativa. In questo caso, tra la prospettiva d'*Organizational*

¹⁵² Kianto A. (2007). "What do we really mean by dynamic Intellectual Capital?", *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, Vol.4/4.

¹⁵³ Stam C. D. (2010). "Ideas and things: understanding the dynamic dimension of intellectual capital", *European Conference on Intellectual Capital Proceedings*, Lisbon, Portugal.

Cognition & Learning e quella di *Organizational Change & Adaptation*. Questa sovrapposizione, insieme a quella già evidenziata nelle pagine precedenti, tra *l'Organizational Design* ed *Organizational Change & Adaptation*, può rappresentare una interessante opportunità per una ulteriore e più approfondita analisi.

Organizational Change & Adaptation

Nella comprensione delle dinamiche sottese al comportamento organizzativo degli individui e dei gruppi, come pure del cambiamento organizzativo, è stato fondamentale il lavoro di Kurt Lewin, sostanziatosi nei rilevanti contributi teorici della *Field Theory*, *Group Dynamics* e *Action Research*. Questi ultimi, sono stati considerati dallo stesso Lewin come un insieme integrato e sinergico, noto come *Planned Approach*, necessario ad affrontare e comprendere il c.d. Cambiamento Pianificato (*Planned Change*), sia che esso sia considerato a livello individuale, gruppo, organizzazione o nel più ampio contesto sociale (Burnes, 2004b)¹⁵⁴.

Dopo la sua morte, avvenuta nel 1947 a soli 57 anni, la componente organizzativa del contributo di Kurt Lewin fu ripresa e diffusa da molti studiosi che diedero vita ad una corrente di pensiero e di ricerca denominata *Organization Development*

¹⁵⁴ Burnes B. (2004b). "Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal", *Journal of Management Studies*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK.

(OD)¹⁵⁵. Nell'ambito di questo movimento, ed a seguito della pratica applicazione del *Planned Approach*, fu prodotta un'ampia varietà di modelli diversi, orientati alla gestione del cambiamento (Burnes, 1996; Senior, 1997)¹⁵⁶.

Uno dei principali meriti della OD è stato, tuttavia, quello di focalizzare l'attenzione sugli aspetti sociali e psicologici legati al cambiamento (Worren *et al.*, 1999)¹⁵⁷.

La teoria e la pratica del cambiamento organizzativo hanno visto avvicinarsi, nel corso del tempo, prospettive di studio diverse ed alternative. Nelle pagine che seguono è fornita una descrizione sintetica di quelle che nel tempo sono risultate più rilevanti.

Processual Approach: Questa prospettiva è stata originata dal lavoro di Pettigrew che adotta una visione del cambiamento come un ininterrotto processo politico all'interno delle organizzazioni (Dawson, 1992; Pettigrew *et al.*, 1992)¹⁵⁸. I sostenitori di questa linea di pensiero, i c.d. processualisti, rigettano l'idea di un approccio al cambiamento organizzativo che segue ricette predefinite e diffidano della spiegazione degli eventi fatta indicando singole cause o spiegazioni semplici. In particolare, i processualisti sostengono che il processo di cambiamento è un

¹⁵⁵ Cummings T.G., Worley C.G. (2001). *Organization Development and Change*, South-Western College Publishing, Ohio.

¹⁵⁶ Senior B. (1997). *Organizational change*, Pitman Publishing, London.

¹⁵⁷ Worren N., Ruddle K., Moore K. (1999). *From Organizational Development to Change Management*, *Journal of Applied Behavioural Science*, Vol.35/3, NTL Institute.

¹⁵⁸ Dawson P. (1994). *Organizational change: A Processual Approach*, Paul Chapman Publishing, London.

Pettigrew A.M., Ferlie E., McKee L. (1992). *Shaping Strategic Change*, Sage, London.

complesso e disordinato *cocktail* di processi decisionali razionali, percezioni individuali, lotte politiche e costruzione d'alleanze¹⁵⁹.

Cultura dell'Eccellenza

All'inizio degli anni '80, dopo la crisi del petrolio degli anni '70, l'ascesa delle *corporate* giapponesi ed il verificarsi della crisi economica dei Paesi Occidentali, apparve chiaro che le organizzazioni avevano bisogno di trasformarsi in maniera più rapida e radicale se volevano sopravvivere (Burnes, 2000)¹⁶⁰.

Fu a questo punto che si palesò la scuola di pensiero "*Culture Excellence*", originata principalmente da Peters e Waterman (1982)¹⁶¹ e Kanter (1989)¹⁶². Questo movimento d'idee ha avuto un impatto senza precedenti sulla gestione delle organizzazioni, poiché ha messo in relazione il successo organizzativo con la presenza di una forte e appropriata cultura organizzativa (Watson, 1997; Wilson, 1992)¹⁶³.

Peters e Waterman, argomentarono che le organizzazioni occidentali stavano perdendo il loro vantaggio competitivo poiché esse erano troppo burocratiche, scarsamente flessibili e lente nel realizzare i cambiamenti.

Secondo questi autori, le organizzazioni dovevano abbandonare l'approccio tradizionale orientato dall'alto verso il

¹⁵⁹ Huczynsky A., Buchanan D. (2001). "*Organizational Behaviour*", Prentice Hall, Harlow, FT.

¹⁶⁰ Burnes B. (2000). "*Managing Change*", Pearson Educational, Harlow, FT.

¹⁶¹ Peters T., Waterman R.H. (1982). "*In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies*", Harper & Row, London.

¹⁶² Kanter R.M. (1989). "*When Giants Learn to Dance: Mastering the challenges of Strategy, Management and Careers in the 1990s*", Unwin, London.

¹⁶³ Watson T.J. (1997). "*In Search of Management*", Thompson International, London.
Wilson D.C. (1992). "*A Strategy of Change*", Routledge, London.

basso (*top-down*) e lo stile di *management* focalizzato esclusivamente sul comando e controllo. Questo determinava, infatti, la segmentazione dell'organizzazione in piccole unità guidate da regole precise. Gli autori sostennero che per sopravvivere le organizzazioni avevano bisogno di riconfigurarsi per costruire sinergie, sia all'interno e sia all'esterno, ed impiegare *manager* che fossero orientati ad incoraggiare spirito d'innovazione, sperimentazione ed imprenditorialità, attraverso la creazione di una cultura d'impresa forte ed appropriata (Peters e Waterman, 1982; Wilson, 1992).

Approccio OLISTICO

Gli approcci più recenti al *change management* tendono a adottare un punto di vista olistico/contestuale, considerando le organizzazioni nel loro insieme ed inquadrare nel contesto degli ambienti nei quali esse operano¹⁶⁴. Questa tipologia di approcci rifiuta l'idea del cambiamento inteso come un processo lineare, ordinato e razionale, sottolineando che il cambiamento è un processo continuo che è pesantemente influenzato dalla cultura,

¹⁶⁴ Il termine "olismo" e l'aggettivo "olistico" sono stati coniati dal filosofo Jan Smuts, nel 1926, nel suo libro "*Holism and Evolution*". Il termine "olismo" deriva dal greco *olos*, cioè la totalità, e rappresenta un concetto filosofico basato sull'idea che le proprietà di un sistema non possano essere spiegate esclusivamente tramite le sue componenti. In altri termini la sommatoria funzionale delle parti è sempre maggiore/differente della somma delle prestazioni delle parti prese singolarmente. La concezione "olistica" della realtà si contrappone al paradigma dominante nella scienza c.d. meccanicistico-riduzionista: meccanicistico, perché tende a concettualizzare e rappresentare ogni realtà (ivi compresi gli organismi viventi, l'uomo, la psiche, la società) come se fosse un congegno meccanico; riduzionista, perché ritiene che ogni fenomeno possa essere ricondotto (o ridotto) all'azione di unità elementari, studiabili una per una isolatamente dalle altre e dal tutto.

dal potere e dalle politiche poste in essere all'interno ed all'esterno dell'organizzazione (Burnes, 2004a)¹⁶⁵.

Nell'ambito dell'*Organization Theory* il concetto d'approccio olistico è utilizzato anche in altri settori. A tale proposito, Worren *et al.* (1999)¹⁶⁶, a supporto dell'importanza dell'approccio olistico, rilevano che i concetti di cambiamento organizzativo e di *management* strategico, presentano una stretta analogia. Entrambi, infatti, si basano sul concetto della "complementarietà". Nell'ambito dell'approccio alla strategia noto come *Resources Based View*, si afferma che esiste complementarietà, quando una risorsa impiegata contemporaneamente ad un'altra, produce maggiori risultati rispetto al caso in cui è impiegata da sola (Teece e Pisano, 1994)¹⁶⁷.

Questo concetto è stato investigato da diversi autori che hanno verificato, per esempio, che le innovazioni di *Information Techonology* se sono usate da sole non producono, di solito, vantaggi competitivi; viceversa esse sono state in grado di farlo se utilizzate per fare leva su risorse intangibili e complementari, come la cultura della flessibilità, pianificazione dei processi, relazioni con i fornitori (Powell e Dent Micallef, 1997)¹⁶⁸.

¹⁶⁵ Burnes B. (2004a). "Kurt Lewin and complexity theories: back to the future", *Journal of Change Management*, Vol.4/4.

¹⁶⁶ Worren N., Ruddle K., Moore K. (1999). "From Organizational Development to Change Management", *Journal of Applied Behavioural Science*, Vol.35/3, NTL Institute.

¹⁶⁷ Teece D., Pisano G., (1994). "The dynamic capabilities of firms: An introduction", *Industrial and Corporate Change*, Vol.3/3.

¹⁶⁸ Powell T.C., Dent Micallef A. (1997). "Information Technology as competitive advantage: The role of human, business and technology resources", *Strategic Management Journal*, Vol.18/5.

Punctuated Equilibrium Model

Questo modello è utilizzato per indicare quelle organizzazioni che evolvono attraverso dei periodi relativamente lunghi di stabilità (periodi d'equilibrio), però interrotti da brevi periodi (punti) durante i quali avvengono cambiamenti fondamentali. Romanelli e Tushman (1994)¹⁶⁹ definiscono questi brevi periodi come *revolutionary period*, durante i quali si verificano brevi ed intensi cambiamenti (*short bursts*).

Durante i periodi c.d. "rivoluzionari" i vecchi modelli d'attività sono sostanzialmente interrotti, mentre sono instaurati nuovi modelli che costituiscono la base per successivi periodi d'equilibrio.

Continuous Transformation Model

Brown e Eisenhardt (1997)¹⁷⁰, fautori del *Continuous Transformation Model*, rigettano i modelli di cambiamento incrementale e di equilibrio punteggiato, sostenendo che le organizzazioni devono sviluppare, per sopravvivere, la capacità di cambiare se stesse continuamente ed in misura rilevante. Questo è particolarmente rispondente alla realtà di settori competitivi connotati da rapidi cambiamenti, come per esempio il commercio al dettaglio (*retail*) o settori *high-tech*.

¹⁶⁹ Romanelli E., Tushman M.L. (1994). "Organizational Transformation as punctuated equilibrium: an empirical test", *Academy of Management Journal*, Vol. 37/5.

¹⁷⁰ Brown S.L., Eisenhardt K.M. (1997). "The art of continuous change: linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 42.

Complessità e Caos

Brown e Eisenhardt (1997), supportano la tesi del cambiamento continuo attingendo alla letteratura prodotta intorno ai paradigmi della Complessità e Caos.

Le prospettive d'analisi, fornite dalle Teorie della Complessità, sono state utilizzate dalla fine degli anni '80, in maniera sempre più diffusa, sia dai teorici e sia dai professionisti operanti nel settore dell'organizzazione (Burnes, 2004a,b). Le Teorie della Complessità derivano dai tentativi di mettere a punto modelli matematici di sistemi esistenti in natura in svariati settori, quali ad esempio la meteorologia, biologia, chimica, fisica, scienze sociali, medicina, etc..

Nel corso di questi tentativi sono emerse tre teorie principali: Teoria del Caos, Teoria delle Strutture Dissipative, Teoria dei Sistemi Adattativi Complessi, questi ultimi anche indicati con l'acronimo CAS (*Complex Adaptive Systems*).

Secondo Stacey (2003)¹⁷¹, la principale differenza tra queste tre teorie consiste nel fatto che le prime due, cioè la Teoria del Caos e quella relativa alle Strutture Dissipative, cercano di mettere a punto modelli matematici dei sistemi a livello macro, cioè a livello dell'intero sistema e dell'insieme di entità che lo popola. La Teoria dei Sistemi Adattativi Complessi (CAS), viceversa, mira a fornire un modello degli stessi fenomeni basato su un fattore agente. In altri termini, invece di definire regole che

¹⁷¹ Stacey R.D. (2003). "Strategic Management and Organizational Dynamics: The Challenge of Complexity", FT Prentice-Hall, Harlow.

valgono per tutte le entità operanti nel sistema, l'approccio *agent-based* definisce delle regole di interazione tra le entità individuali costituenti l'intero sistema o la popolazione in esame.

In ogni caso, tutte le teorie sopra riferite poggiano su tre concetti chiave: la natura dell'ordine e del caos, il confine/margine/bordo tra l'ordine ed il caos (*edge of chaos*) e le regole che generano ordine (*order-generating rules*) (Burnes, 2004a). Qui di seguito si fornisce una breve disamina di questi costrutti concettuali.

Caos e Ordine

Il Caos è considerato spesso come pura casualità ma, dal punto di vista delle teorie della complessità, esso può essere considerato come una forma diversa di ordine. Il caos e l'ordine possono essere considerati una coppia d'attributi dei sistemi complessi, questi ultimi intesi come sistemi dinamici e non lineari.

Si può affermare, quindi, che nell'ambito di un sistema dominato dal caos un ordine nascosto può essere celato sotto quello che sembra una assoluta casualità (Fitzgerald, 2002)¹⁷².

Per i teorici della complessità, infatti, il paradigma del caos descrive un complesso, imprevedibile ed ordinato disordine, nel quale i modelli di comportamento si sviluppano in forme irregolari

¹⁷² Fitzgerald L.A. (2002). "Chaos: the lens that transcends", *Journal of Organizational Change Management (JOCM)*, Vol. 15/4.

ma simili. Per esempio, i fiocchi di neve sono diversi l'uno dall'altro, ma tutti hanno sempre sei lati (Tetenbaum, 1998)¹⁷³.

In Europa, Ralph Stacey fu uno tra i primi ad elaborare in maniera sistematica un approccio concettuale, relativo ai paradigmi del caos e della complessità, specifico per il campo del *management*. Nel 2003, Stacey postulò che potevano essere individuati tre differenti tipi di ordine-disordine (Stacey, 2003)¹⁷⁴:

- Equilibrio Stabile;
- Instabilità-Esplosiva;
- Instabilità-Limitata.

Tuttavia, soltanto nelle condizioni di Instabilità-Limitata i sistemi c.d. complessi sono considerati in possesso della capacità di trasformare se stessi per sopravvivere. I sistemi dotati di Equilibrio-Stabile, infatti, non sono in grado di modificarsi e sono destinati a perire. Viceversa, quando i sistemi diventano intrinsecamente troppo instabili (Instabilità-Esplosiva), come per esempio nel caso dello sviluppo di una massa neoplastica, essi seguono un processo evolutivo che è fuori controllo e finiscono, quindi, per auto distruggersi (Frederick, 1998)¹⁷⁵.

Su questo sentiero di ricerca, Stacey ha affermato che in un'organizzazione possono individuarsi due sistemi paralleli e distinti: "*legitimate*" e "*shadow*". Il primo sistema rappresenta

¹⁷³ Tetenbaum T. (1998). "Shifting paradymys: from Newton to Chaos", *Organizational Dynamics*, Vol. 26/4.

¹⁷⁴ Stacey R.D. (2003). "*Strategic Management and Organizational Dynamics: The Challenge of Complexity*", Prentice-Hall, Harlow.

¹⁷⁵ Frederick W.C. (1998). "Creatures, corporations, communities, chaos, complexity,; a naturological view of the corporate social role", *Business and Society*, Vol. 37/4.

l'organizzazione formale ed è controllata dal *management*, mentre il secondo costituisce l'organizzazione informale e non può essere controllato da nessuno. I due sistemi evolvono secondo un proprio comportamento adattativo rispetto all'organizzazione, regolato in base a segnali di *feedback* di tipo non lineare.

Utilizzando il concetto c.d. *agent-based*, Stacey affermò che il sistema *shadow* presentava un'interconnessione, tra i fattori agenti, molto più forte di quella esibita dal sistema *legitimate*, individuando nel sistema *shadow* la base per la creatività organizzativa.

Confine del Caos

Nelle condizioni di *Bounded-Instability* i sistemi sono costantemente in bilico sul confine esistente tra il caos e l'ordine. Questo stato particolare è stato denominato da alcuni "lontano dall'equilibrio" (Stacey, 2003), mentre Hock (1999) ha coniato il termine specifico "*chaordic*", un neologismo derivato dalla fusione dei termini *chaos* e *order*.

I fautori delle teorie della complessità e del caos sostengono che la creatività e la crescita di un sistema complesso sono al loro livello ottimale quando il sistema stesso opera al confine tra il caos e l'ordine (*edge of chaos*), ovvero utilizzando il termine coniato da Hock, il sistema opera in modo "*chaordic*".

Il fattore discriminante che consente ad un sistema di restare sul confine del caos è costituito dalla presenza di un insieme di appropriate regole che generano ordine (*order-*

generating rules). Queste ultime consentono al sistema di auto-organizzarsi, evitando così di oltrepassare la soglia, o confine, che separa il caos e l'ordine.

Uno dei pionieri dell'applicazione del paradigma del caos nel campo del *management* è stato Ikujiro Nonaka che l'ha utilizzato per spiegare l'auto-rinnovamento (*self-renewal*) delle aziende giapponesi (Nonaka, 1988) ¹⁷⁶.

Nel 1990, Peter Senge pubblicò il libro "*The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*"¹⁷⁷, dove trattava dei sistemi non lineari e delle organizzazioni che sono in grado di apprendere (*learning organization*).

Uno dei primi imprenditori ad applicare il paradigma del caos e della complessità nel *management* è stato, senza dubbio, Dee Hock. Già nel 1970, infatti, egli fondò la VISA International, l'azienda della famosa carta di credito, che diventò la prima impresa c.d. "chaordic" nel mondo (Hock, 1999)¹⁷⁸.

Hock definisce un'entità (organismo, organizzazione, comunità) di tipo "chaord" un qualsiasi sistema auto-organizzante, adattativo, complesso e non lineare, che esibisce un comportamento che è il risultato armoniosamente dettato da un mix di caratteristiche proprie sia del caos e sia dell'ordine.

¹⁷⁶ Nonaka I. (1988). "Creating Organizational Order out of Chaos: Self-Renewal in Japanese Firms", *California Management Review*, Vol. 38.

¹⁷⁷ Senge P.M. (1990). "*The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*", I edizione, Bantam Doubleday dell Publishing Group, New York.

¹⁷⁸ Hock D.W. (1999). "*Birth of the Chaordic Age*", Berrett-Koehler, San Francisco, CA.

"By Chaord, I mean any self-organizing, adaptive, nonlinear, complex organism, organization or community, whether physical, biological or social, the behaviour of which harmoniously blends characteristics of both order and chaos. Briefly stated, a chaord is any chaotically ordered complex. Loosely translated to social organizations, it would mean the harmoniously blending of intellectual and experiential learning" (Hock, 1996)¹⁷⁹.

Nel 2001, Fitzgerald e van Eijnatten, in un loro articolo pubblicato sul *Journal of Organizational Change Management* (JOCM) definirono il caos come una "lente" o una "visione del mondo"; in altri termini una "metaprassi" o, se si preferisce, una "metavisione" della realtà. Un modo speciale e fondamentale, quindi, di vedere, pensare, conoscere e stare nel mondo" (Fitzgerald L. e van Eijnatten F., 2001)¹⁸⁰.

Dopo l'enunciazione di Hock, relativa alle organizzazioni di tipo "chaord", Fitzgerald fornì la sua interpretazione di un sistema "chaordic", definendolo un combinazione, complessa e dinamica, di connessioni tra elementi costituenti un tutto unificato, il cui comportamento, allo stesso tempo, è "imprevedibile", cioè caotico, e "modellato" nel senso di ordinato.

"A complex and dynamical arrangement of connections between elements forming a unified whole the behaviour of which is both

¹⁷⁹ Hock D.W. (1996) "The Birth of the Chaordic Century: Out of Control and Into Order (Extension as Chaordic Organization)", Paper presentato alla *Extension National Leadership Conference*, Washington, D.C.

¹⁸⁰ Fitzgerald L.A., Eijnatten van F.M. (2001). "Reflections: Chaos in Organizational Change", *Journal of Organizational Change Management (JOCM)*, Vol.15/4, Special Issue: "Chaos, Applications in Organizational Change".

unpredictable (chaotic) and patterned (orderly)...simultaneously.”
(Fitzgerald, 1997).

Implicazioni per il cambiamento organizzativo

Un’ampia schiera di studiosi e professionisti hanno argomentato che le organizzazioni si possono considerare sistemi complessi non-lineari. Il comportamento dei membri di queste organizzazioni è caratterizzato da una spontanea auto-organizzazione che è sostenuta da un insieme di semplici regole generanti ordine (Burnes, 2004a). Nel suo lavoro, Burnes osserva, citando anche lavori di altri studiosi, che l’applicazione delle teorie della complessità alle organizzazioni determina alcune implicazioni interessanti. Nella tabella di seguito riportata sono indicate le implicazioni individuate da Burnes (2004a)¹⁸¹.

Applying complexity theories to organisations	
Implication 1	There will be a need for much greater democracy and power equalization in all aspects of organizational life, instead of just narrow employee participation in change (Kiel, 1994; Bechtold, 1997; Jenner, 1998).
Implication 2	Small-scale incremental change and large-scale radical-transformational change will need to be rejected in favour of ‘a third kind’ which lies between these two, and which is continuous and based on self-organization at the team/group level (Brown and Eisenhardt, 1997; Broadbeck, 2002)
Implication 3	In achieving effective change, order-generating rules have the potential to overcome the limitations of rational, linear, top-down, strategy-driven approaches to change (MacIntosh and MacLean, 1999, 2001; Styhre, 2002; Sweeney, 2003).

Tratto da Burnes (2004a).

Considerando queste implicazioni, Burnes osserva che esiste una significativa base comune tra il *Planned Approach* e la Teoria

¹⁸¹ Burnes B. (2004a). “Kurt Lewin and complexity theories: back to the future”, *Journal of Change Management*, Vol. 4/4.

della Complessità, rilanciando il lavoro di Lewin e definendolo come attuale ed ancora estremamente valido (Burnes, 2004a).

Burnes rileva, tra l'altro, una somiglianza tra la condizione d'equilibrio delle organizzazioni, definita da Lewin "*quasi-stationary-equilibrium*", e la prospettiva del disordine ordinato enunciato dai teorici della complessità. Il bisogno, inoltre, di introdurre maggiore democrazia e distribuzione del potere, all'interno delle organizzazioni (vedi Tabella *Applying Complexity Theories to organizations - Implication 1*) è posto in stretta relazione con la *self-organization* invocata dai teorici della complessità. Ed ancora, in accordo alle conclusioni di Burnes, la focalizzazione di Lewin degli sforzi del cambiamento sui gruppi o *team* auto-organizzati all'interno delle organizzazioni ed il *Planned Approach*, costituito dai suoi quattro componenti: *Field Theory*, *Group Dynamics*, *Action Research* ed il *3-Step Model*, può essere considerato come un approccio integrato per identificare e cambiare le c.d. regole generanti ordine.

Sulla base anche di queste considerazioni, Burnes (2004a) conclude che il *Planned Approach* di Lewin, piuttosto che essere "fuori-moda" ed irrilevante per soddisfare i bisogni delle moderne organizzazioni, presenta invece molto terreno comune con quanti cercano di applicare le teorie della complessità alle organizzazioni.

Burnes prende spunto dalle riscontrate difficoltà nell'applicazione dei principi di *empowerment* del personale, per sostenere che la natura del lavoro di Lewin, basato cioè sulla

democrazia, sui gruppi e sull'auto-organizzazione, risulta molto adatto a supportare l'applicazione delle teorie della complessità alle moderne organizzazioni di impresa.

Differenze tra OD e CM

Secondo Worren, Ruddle e Moore (1999)¹⁸², esiste una considerevole differenza tra l'*Organization Development* (OD), così come essa è definita nella letteratura accademica, ed il *Change Management* (CM) visto attraverso la lente dei *practioners* operanti nel campo della consulenza direzionale ed organizzativa.

Le differenze tra l'*Organization Development* (OD) ed il *Change Management* (CM), sono sinteticamente illustrate nella figura di seguito riportata.

Figura 1.11: Differenze tra O.D. e *Change Management*

Distinctive Features Associated With Organizational Development and Change Management		
	<i>Organizational Development</i>	<i>Change Management</i>
Underlying theory and analytical framework	Based primarily on psychology (human process) Individual/group functioning	Includes principles and tools from sociology, information technology, and strategic change theories Individual/group functioning AND systems, structures, work processes (congruence model)
Role of change agent	Facilitator or process consultant	Content expert (organization design and human performance) AND process consultant Member of cross-functional team, which includes strategists and technologists Part of project organization, which includes client managers/employees
Intervention strategies	Not directly linked to strategy Focus on one component at a time Normative-educative (change attitudes to change behavior)	Driven by strategy Simultaneous focus on several components (strategy, human resources, reorganization design, technology) Action oriented (change behavior before attitudes)

Tratto da Worren ed altri, 1999.

¹⁸² Worren N., Ruddle K., Moore K. (1999). "From Organizational Development to Change Management", *Journal of Applied Behavioural Science*, Vol.35/3.

Queste differenze, secondo Worren, Ruddle e Moore (1999), si possono ravvisare in tre aree principali:

- Teorie sottostanti e gli scenari analitici utilizzati;
- Diverso ruolo assegnato al "change agent";
- Strategie d'intervento utilizzate.

Considerazioni

La relazione che intercorre tra l'organizzazione e l'innovazione è complessa, dinamica e multi-livello (Lam, 2004). In questo paragrafo è stata illustrata la natura di questa relazione analizzando le tre prospettive di studio:

- ✓ Relazione tra le forme strutturali dell'organizzazione e la risultante capacità/propensione ad innovare;
- ✓ Innovazione considerata come apprendimento organizzativo e creazione di conoscenza;
- ✓ Capacità organizzativa al cambiamento ed adattamento.

In accordo a Lam (2004), queste tre prospettive non sono disgiunte, ma possono presentare sovrapposizioni.

Nel corso della trattazione, infatti, sono state riscontrate almeno due sovrapposizioni tra gli *stream* di ricerca di seguito indicati:

- ✓ *Organizational Design / Organizational Change & Adaptation,*
- ✓ *Organizational Cognition / Learning ed Organizational Change & Adaptation.*

Si ritiene, pertanto, utile rilevare che il *framework* di studio dell'innovazione organizzativa, già modellato su tre *stream* specifici (Lam, 2004), è ulteriormente arricchito dal risultato dell'analisi condotto nell'ambito del presente lavoro.

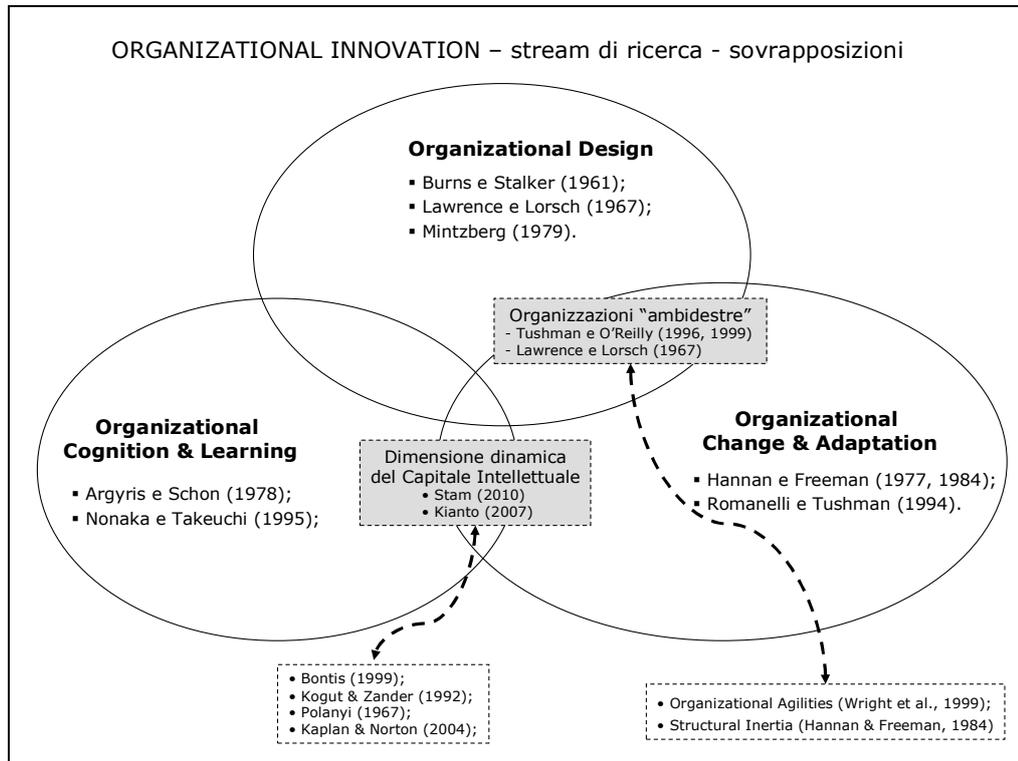
Lo schema, illustrato nella Figura 1.8, può così considerarsi modificato, includendo le due sovrapposizioni qui identificate, pervenendo alla figura 1.12 di seguito riportata.

In accordo a Lam (2004), si può affermare che non c'è un unico *framework* concettuale per comprendere il fenomeno dell'innovazione organizzativa.

In letteratura, infatti, non si registra un unanime consenso circa la definizione d'innovazione organizzativa, anche se questa disciplina è dominata dall'approccio economico. Quest'ultimo lascia, di fatto, poco spazio all'analisi del cambiamento creativo ed innovazione nell'ambito della stessa organizzazione.

Tuttavia, le considerazioni emerse in questo paragrafo, insieme alle sovrapposizioni tra i diversi *stream* di ricerca delineate nel presente lavoro, consentono di concludere che non si può escludere a priori la possibilità che più di un punto rilevante di convergenza possa esistere tra i diversi *framework* teorici proposti finora dagli studiosi agenti nei campi della Organization Theory, Cambiamento Organizzativo, Capitale Intellettuale ed Apprendimento Organizzativo.

Figura 1.12: Organizational Innovation - *Stream* e sovrapposizioni



Elaborazione personale della scrivente

I risultati emersi nel presente lavoro suggeriscono, quindi, che ulteriori approfondimenti circa le sovrapposizioni sopra riferite sarebbero auspicabili, oltre che potenzialmente fruttuosi. In particolare, un approccio *bottom-up* potrebbe essere meglio adatto ad individuare un *framework* integrato che illustri le diverse articolazioni dell'innovazione organizzativa e che soddisfi il gap evocato da Lam (2004).

Capitolo 2 – Innovazione & Organizzazioni Sanitarie

In accordo alla definizione d'innovazione proposta da West (1990), si può affermare che l'innovazione nelle organizzazioni sanitarie è rappresentata tipicamente dall'introduzione di nuovi servizi, nuove modalità di lavoro e/o nuove tecnologie (Lansisalmi *et al.*, 2006)¹⁸³.

I processi d'innovazione nel settore dei servizi sanitari rappresentano un *driver* importante nel bilanciamento dei costi rispetto alla qualità delle cure erogate dalle organizzazioni sanitarie. Negli ultimi decenni, infatti, il settore dei servizi sanitari ha visto la proliferazione d'innovazioni tese ad aumentare l'aspettativa e qualità della vita, introdurre ulteriori opzioni diagnostiche e di trattamento clinico delle malattie, migliorare l'efficienza e l'efficacia delle organizzazioni sanitarie ed, inoltre, perseguire il contenimento dei costi. Tuttavia, lo studio e la ricerca teorica relativa ai processi d'innovazione nei servizi sanitari hanno ricevuto scarsa attenzione dagli studiosi (Omachonu ed Einspruch, 2010)¹⁸⁴.

Secondo Eric Topol (2013)¹⁸⁵, la rapida e pervasiva diffusione delle tecnologie digitali, registrata negli ultimi decenni, determinerà nei prossimi anni una rivoluzione epocale nella

¹⁸³ Lansisalmi H., Kivimaki M., Aalto P., Ruoranen R. (2006). "Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research", *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19.

¹⁸⁴ Omachonu V.K., Einspruch N.G. (2010). "Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework", *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol. 15/1.

¹⁸⁵ Topol E. (2013). "The Creative Destruction of Medicine – How the digital revolution will create better Health care""", Basic Books, New York.

medicina. Questo autore, mutuando dalla teoria economica il concetto schumpeteriano di "creazione disruptiva", sostiene che la diffusione e l'utilizzo di tecnologie quali i sistemi informativi, l'elaborazione d'immagini, la genomica, i sensori *wireless*, la telefonia mobile su reti a larga banda, internet, *social networking*, la potenza di calcolo sempre di più largamente disponibile in dispositivi di piccole dimensioni, ed infine, l'enorme quantità di dati disponibili, determinerà il passaggio dall'attuale modo di intendere la medicina ad un altro, completamente nuovo ed orientato al singolo individuo (*individualized medicine*).

Secondo Topol (2013), *"la rivoluzione digitale ha investito e modificato il nostro modo di comunicare ed interagire l'uno con l'altro, ed in misura anche maggiore, come noi pensiamo e ci comportiamo. Questi cambiamenti sono penetrati all'interno della nostra cultura, influenzando il modo come noi compriamo, viaggiamo, gestiamo i nostri soldi e consumiamo informazioni. E' interessante notare, anche se non è sorprendente considerata la natura "sclerotica" della comunità medica, che tutto questo ha toccato in misura minima la pratica medica. Mentre la medicina è marcatamente resistente al cambiamento, la capacità di digitalizzare la biologia, fisiologia e l'anatomia di ogni individuo, insieme ad altri elementi – in una parola "medicina digitale" – senza alcun dubbio rimodellerà il futuro della medicina."*

2.1 Innovazione nei servizi sanitari – un modello

In accordo ad Omachonu & Einspruch (2010), il processo d'innovazione dei servizi sanitari è complesso e multidimensionale e presenta alcune proprie caratteristiche peculiari. In particolare, queste unicità possono riassumersi nelle seguenti:

- Difficoltà di cambiare il comportamento del personale medico (Greco ed Eisenberg, 1993)¹⁸⁶, le pratiche mediche in uso e le organizzazioni sanitarie (Shortell, Bennet e Byck, 1998; Shortell *et al.*, 2001)¹⁸⁷
- L'adozione delle innovazioni in sanità è regolato da leggi e norme specifiche che rendono il processo innovativo più laborioso (Faulkner e Kent, 2001)¹⁸⁸;
- L'introduzione di un'innovazione nelle cure sanitarie può potenzialmente condurre alla morte, o procurare disabilità o disagi permanenti dei pazienti (Lansisalmi, 2006). Questo, insieme alla tendenza dei medici a proteggere la loro autonomia individuale e reputazione, può promuovere una cultura della "colpa e segretezza" che inibisce l'apprendimento

¹⁸⁶ Greco P., Eisenberg J.M. (1993). "Changing Physicians' Practices", *New England Journal of Medicine*, Vol. 329.

¹⁸⁷ Shortell S.M., Bennett C.L., Byck G.R. (1998). "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What it Will Take to Accelerate Progress", *Milbank Quarterly*, Vol. 76.

Shortell S. M., Zazzali J.I., Burns L.R., Alexander J.A., Gillies R.R., Budetti P.P., *et al.* (2001). "Implementing Evidence-Based Medicine", *Medical Care*, Vol. 39.

¹⁸⁸ Faulkner A., Kent J. (2001). "Innovation and Regulation in Human Implant Technologies: Developing Comparative Approaches", *Social Science and Medicine*, Vol.53.

e la generazione d'innovazioni (Huntington, Gillian, Rosen, 2000)¹⁸⁹;

- Le nuove pratiche di cura dei pazienti sono introdotte di solito nelle fasi iniziali del loro sviluppo, così che quelle pratiche potenzialmente pericolose non sono facilmente adottate (Faulkner, Kent, 2001)¹⁹⁰.

I processi d'innovazione nelle strutture sanitarie di solito coinvolgono cinque diverse categorie di *stakeholder*. Ognuna di queste categorie presenta propri bisogni, richieste ed aspettative.

Tabella 2.1: Stakeholder – bisogni, richieste, aspettative

Stakeholder	Bisogni, Richieste ed Aspettative
Medici, Infermieri ed altri operatori sanitari	Miglioramento degli esiti clinici, delle diagnosi e dei trattamenti.
Pazienti	Miglioramento dell'esperienza da paziente, del benessere fisiologico, riduzione dei tempi d'attesa e degli eventuali ritardi
Organizzazioni	Miglioramento dell'efficienza delle operazioni interne, contenimento dei costi, aumento della produttività e della qualità, miglioramento degli esiti.
Imprese innovatrici	Profittabilità, miglioramento degli esiti.
Agenzie di controllo e regolamentazione	Riduzione rischi e miglioramento della sicurezza dei pazienti.

Elaborato a partire da Omachonu ed Einspruch (2010).

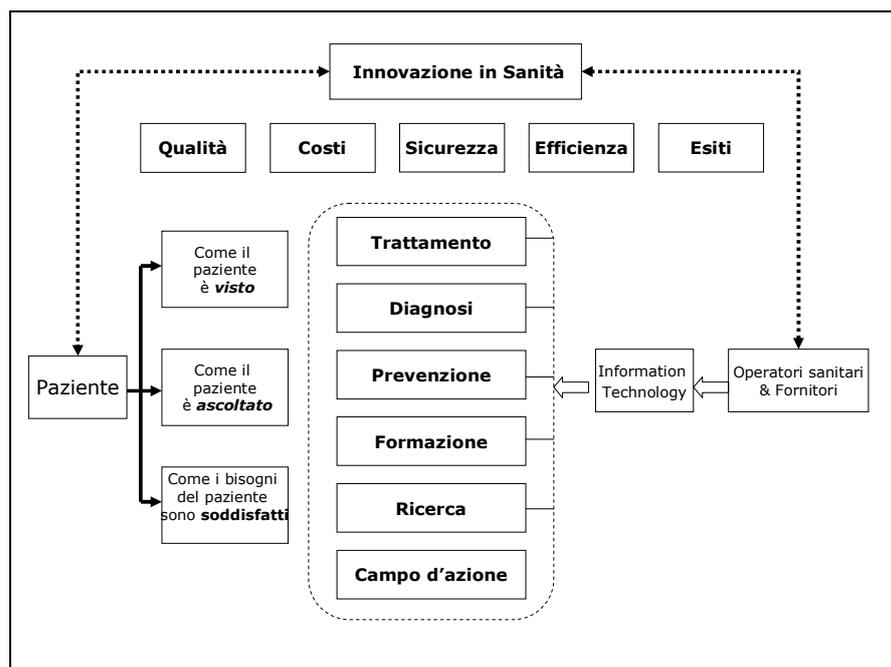
Le organizzazioni sanitarie perseguono sei distinti scopi specifici: trattamento, diagnosi, prevenzione, formazione, ricerca e raggio d'intervento. Nel servire questi sei scopi fondamentali, le organizzazioni sanitarie devono gestire in maniera efficace la

¹⁸⁹ Huntington J., Gilliam S., Rosen R. (2000). "Organizational Development for Clinical Governance", *British Medical Journal*, Vol. 16.

¹⁹⁰ Faulkner A., Kent J. (2001). "Innovation and Regulation in Human Implant Technologies: Developing Comparative Approaches", *Social Science and Medicine*, Vol. 53.

qualità, i costi, la sicurezza dei pazienti, l'efficienza e gli esiti finali delle cure. Quindi, l'evoluzione dell'innovazione nelle organizzazioni sanitarie può essere rappresentata in maniera schematica come indicato nella figura di seguito riportata.

Figura 2.1 Innovazione in Sanità – modello concettuale



Elaborato a partire da Omachonu e Einspruch (2010).

Quando l'innovazione ha successo essa esplica la sua influenza su tre direttrici di base: il modo di considerare ("vedere") il paziente, la maniera in cui quest'ultimo è "ascoltato" ed, infine, come i bisogni dello stesso paziente sono soddisfatti. Nel modello viene sottolineato il ruolo fondamentale ricoperto dai "bisogni" del paziente e quello svolto dal personale sanitario specializzato e dai fornitori di farmaci e dispositivi sanitari (Omachonu e Einspruch, 2010).

Nello sforzo di comprendere i modi differenti nei quali può evolvere l'innovazione nelle organizzazioni sanitarie, un aspetto, più di altri, si pone all'attenzione degli studiosi ed esperti del settore: l'innovazione insegue i bisogni, oppure sono i bisogni che seguono l'innovazione?

Nel primo caso, le nuove soluzioni tecnologiche vanno in cerca di problemi da risolvere, seguendo un modello "*technology push*". Nel secondo, invece, sono i bisogni a guidare l'evolvere del processo innovativo, seguendo il modello teorico c.d. "*demand-pull*".

Molte delle innovazioni in sanità sono sollecitate, infatti, dagli *stakeholder* (pazienti, gruppi di difesa dei consumatori, organizzazioni sanitarie, medici, ed altri professionisti sanitari). In altri casi, sono le agenzie governative che affermano la necessità di cambiamento per rispondere a particolari esigenze di tipo sanitario.

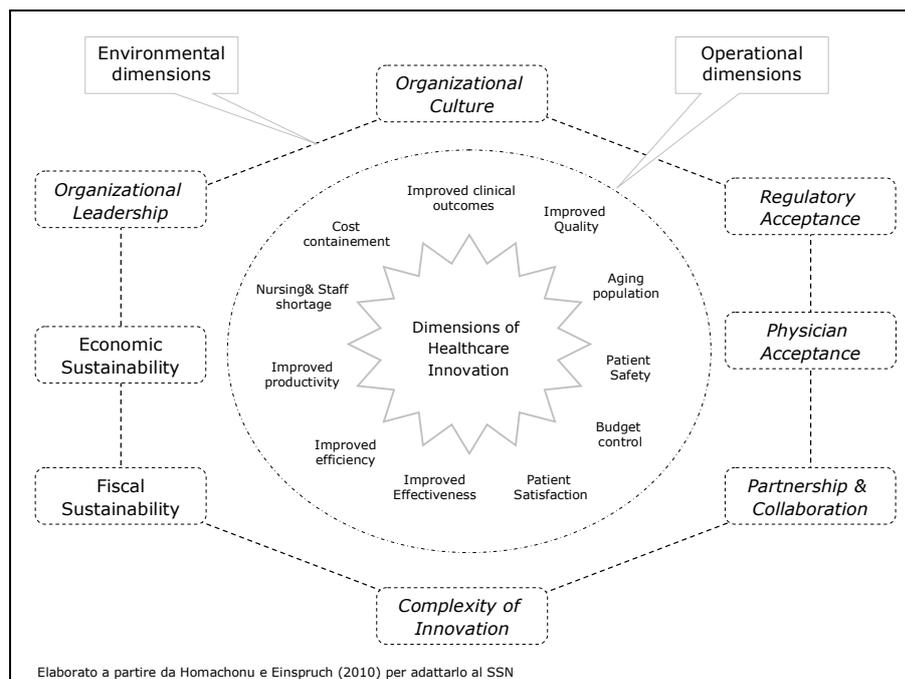
Da un punto di vista più generale, si può affermare che le due principali prospettive, secondo le quali evolvono i processi d'innovazione nelle organizzazioni sanitarie, sono le dimensioni "ambientali" e quelle "operative".

Tra le dimensioni ambientali vi sono la cultura organizzativa, l'accettazione a livello normativo (*regulatory acceptance*), l'accettazione a livello medico (*physician acceptance*), la complessità dell'innovazione, le *partnership* e collaborazioni, la *leadership* organizzativa. A queste dimensioni, già previste dal

modello di Omachonu ed Einspruch (2010) sono state aggiunte, nell'ambito di questo lavoro, due dimensioni: la Sostenibilità Economica e la Sostenibilità Fiscale.

Queste ultime, ancorché estremamente impattanti per il SSN, sono utilizzate talvolta in maniera fuorviante, confondendo l'una con l'altra, oppure riferendo nelle argomentazioni genericamente il termine della sostenibilità (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009)¹⁹¹.

Figura 2.2: Innovazione in Sanità: Dimensioni Operative ed Ambientali



Le dimensioni operative dell'innovazione in sanità coinvolgono, invece, la soddisfazione del paziente, obiettivi economici e di bilancio, efficacia, efficienza, sicurezza del paziente,

¹⁹¹ Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009). "Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses", *European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies*, Vol.17.

invecchiamento della popolazione, produttività, contenimento dei costi, difficoltà derivanti dal ridimensionamento dello *staff* medico ed infermieristico, causato da blocchi del *turnover* e/o mancanza di risorse umane adeguatamente qualificate, esiti clinici e livelli di qualità del servizio clinico e non clinico (Omachonu ed Einspruch, 2010). Considerando il caso dei servizi sanitari pubblici, a copertura universale, come ad esempio il SSN, possiamo aggiungere, alle dimensioni prima riferite, il controllo del *budget* nel quale sono da intendersi compresi gli obblighi di rendicontazione verso le istituzioni pubbliche locali e centrali (Regione, Governo).

“Circa la *vexata quaestio* della sostenibilità del servizio sanitario nazionale occorre osservare che essa viene presentata solitamente come un mero problema contabile, dove gli introiti del sistema sanitario sono indicati come insufficienti a bilanciare i costi connessi ai suoi obblighi statutari. In questo frangente vengono spesso confusi due concetti: sostenibilità economica e la sostenibilità fiscale. La sostenibilità economica attiene ai costi del servizio sanitario in percentuale rispetto al PIL, entrambi espressi e valutati sia in valore assoluto e sia come andamento tendenziale. La spesa sanitaria, quindi, si può considerare sostenibile economicamente fino a quando il costo sociale ad essa connessa non eccede il valore che essa stessa produce. La sostenibilità fiscale attiene, invece, alla spesa pubblica sanitaria in relazione alle entrate dello Stato. In altri termini la spesa sanitaria può essere economicamente sostenibile ed al tempo stesso non esserlo sotto il profilo fiscale” (Pirozzi e Saggese, MECOSAN, Vol. 95/2015).

Questi parametri possono essere considerati compresi nelle performance, finanziarie e non finanziarie, delle organizzazioni sanitarie. Viceversa, tra le dimensioni ambientali, la Cultura

Organizzativa e la *Leadership* possono più agevolmente essere considerate modellizzate attraverso un utilizzo accorto dei costrutti concettuali del Capitale Intellettuale e della *Leadership*.

Partendo da quest'intuizione, il presente lavoro ha approfondito quest'aspetto allo scopo di individuare un modo realisticamente fattibile di gestire, e tenere sotto controllo, i processi d'innovazione che corrono lungo le dimensioni ambientali ed operative individuate nel modello di Omachonu e Einspruch (2010), opportunamente modificato come indicato in Figura 2.2: Innovazione in Sanità: Dimensioni Operative ed Ambientali.

Questo modello, quindi, è stato assunto come piano di riscontro per la progettazione, e successiva verifica finale, degli studi d'approfondimento effettuati dalla scrivente nel corso dell'intero percorso di Dottorato.

Nel paragrafo 2.4 s'illustrerà la genesi che ha contraddistinto la produzione, nell'ambito del presente lavoro, di un sistema integrato di misura delle performance e del Capitale Intellettuale indicato, dalla scrivente, con la denominazione Integrated New Model (INM). Quest'ultimo è in grado di tener conto di buona parte delle dimensioni ambientali ed operative schematizzate nel modello, opportunamente modificato, di Omachonu & Einspruch (2010). Il sistema INM è in grado di offrire al *management* di una organizzazione sanitaria la possibilità di fare leva sui fattori c.d. "abilitanti" (ENABLERS) per ottenere i risultati pianificati. Lo scostamento, rilevato su base annuale, tra i

risultati attesi e quelli pianificati, rappresenta il *driver* multiruolo che attua le innovazioni interne all'organizzazione sanitaria. Il sistema INM opera, quindi, secondo uno schema a catena chiusa (*closed-loop*), dove l'anello di contro-reazione è rappresentato dalle azioni di cambiamento della gestione, strategica e/o operativa, della organizzazione sanitaria. L'analisi e la valutazione critica degli scostamenti ed, infine, la conseguente identificazione degli aggiustamenti alle strategie è effettuato dalla *Leadership*.

Il sistema INM, disegnato per la gestione e controllo di un'organizzazione sanitaria, è particolarmente innovativo poiché realizza l'integrazione, tra le componenti canoniche del Capitale Intellettuale con un sistema di misura standard delle performance, finanziarie e non finanziarie, come il *Common Assessment Framework (CAF)*.

2.2 Il mercato dei servizi sanitari

In accordo a Hsiao (1995)¹⁹², il settore economico dei servizi sanitari ha diverse caratteristiche peculiari che lo rendono, in un certo senso, speciale. Esso può essere più accuratamente definito come un settore regolato da una "economia anormale". I servizi sanitari sono costituiti, infatti, da una moltitudine di servizi e programmi, che in accordo alla teoria economica sono classificabili in servizi c.d. "pubblici", di "merito" e "privati" (Hsiao, 1995).

I servizi sanitari "pubblici" sono quelli che possono essere fruiti dagli utenti in maniera non-esclusiva, i servizi sanitari di "merito" comprendono i servizi sanitari che apportano benefici sociali maggiori rispetto ai benefici privati, oppure producono externalità positive. I servizi sanitari "privati" prevedono il consumo "esclusivo" di un soggetto e se consumati dal fruitore non possono essere consumati da altri soggetti. I servizi sanitari di tipo "pubblico" e di "merito" devono necessariamente essere erogati dal governo, mentre quelli "privati" possono essere affidati al mercato.

Il mercato dei servizi sanitari, secondo Hsiao (1995), è afflitto da rilevanti disfunzioni endemiche. Tra queste ultime, solo alcune sono, però, correggibili attraverso opportune azioni del governo. Queste ultime devono rappresentare un compromesso tra l'equità, l'efficienza e il controllo dei costi, tenendo conto, quindi, degli obiettivi sociali connessi ai servizi sanitari.

¹⁹² Hsiao W. C. (1995). "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, Vol. 32/1-3.

Le principali caratteristiche del mercato dei servizi sanitari, individuate in letteratura, sono le seguenti (Arrow, 1963; Mushkin, 1958)¹⁹³:

- 1) Natura irregolare e imprevedibile della domanda di servizi sanitari (legata ad esempio alla possibilità di perdere in tutto o in parte le funzionalità fisiche, alla probabile perdita della vita, al rischio di perdita o riduzione della capacità di produrre reddito per sé e per la propria famiglia).
- 2) Aspettative dei pazienti circa il comportamento dei medici. In questa prospettiva, infatti, il fattore "fiducia" ricopre un ruolo fondamentale poiché il risultato del servizio reso non può essere verificato prima di averne fruito. Ciò si accompagna ad una componente etica molto preminente rispetto ad altre professioni che considera la preoccupazione per il benessere del paziente alla base del rapporto medico-paziente.
- 3) Incertezza sul risultato finale. L'incertezza, indotta dall'inesperienza del paziente ad affrontare la sua specifica malattia, associata alla difficoltà di prevedere il risultato finale, determina un'asimmetria informativa che influenza il comportamento dei due attori (medico-paziente) impegnati nella transazione.

Un libero mercato competitivo, che sia in grado di produrre i risultati sociali prescritti, richiede che siano soddisfatte un insieme

¹⁹³ Arrow K.J. (1963). "Uncertainty and the welfare economics of medical care", *The American Economic Review*, Vol. 53/5.
Mushkin S. (1958). "Towards a definition of health economics", *Public Health Reports*, Vol. 73/9.

di condizioni. Si tratta, in particolare, dell'assenza di barriere all'ingresso/uscita dei fornitori, della competizione sui prezzi, dell'autonomia del consumatore nelle proprie scelte attraverso la maturazione di un'adeguata conoscenza di prezzi, qualità e benefici dei servizi sanitari allo scopo di poter formulare delle decisioni razionali (Hsiao, 1995).

Sul tema più generale del libero mercato occorre osservare che tale concetto, lungi dall'essere confinato nell'ambito delle teorie economiche, è invece alla base dei Trattati Europei di Maastricht e di Lisbona e regola, in maniera pervasiva, i provvedimenti normativi dell'Unione Europea e le attività delle sue strutture tecnocratiche. La pratica realizzazione del libero mercato è difficile essendo soggetto ad inconvenienti che ne possono determinare in certe condizioni il suo fallimento.

Tale fallimento si verifica, per esempio, a causa della non perfetta conoscenza e di incertezza che di solito accompagnano le attività economiche (Bator, 1958)¹⁹⁴ e per il verificarsi delle seguenti condizioni:

- Potere di monopolio o di oligopolio;
- Le organizzazioni orientate al profitto hanno scarso incentivo a produrre beni/servizi "pubblici";
- Le "esternalità" connesse alle attività economiche.

Secondo William Hsiao (1995), il settore dei servizi sanitari può essere segmentato in cinque distinti mercati: *finanziamento*,

¹⁹⁴ Bator F.M. (1958). "The anatomy of market failure", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 72/3.

servizi medici, servizi istituzionali, fattori di input, formazione professionale. Il mercato "finanziamento" prevede due attori principali, cioè le assicurazioni sanitarie, quella statutaria e le Assicurazioni Sanitarie Private (ASP), ed i consumatori. Tra le interrelazioni che sussistono tra i diversi mercati, indicati da Hsiao (1995), possiamo brevemente menzionare che la domanda dei pazienti per servizi medici è alterata dalle assicurazioni, poiché esse riducono l'ammontare di spesa pagata direttamente dai pazienti, quando questi accedono ai servizi sanitari. Allo stesso tempo i medici influenzano in maniera decisiva la domanda di servizi istituzionali (ospedali, diagnostica, medicinali). Ed ancora, le assicurazioni influenzano il comportamento dei medici e degli ospedali, per esempio attraverso la definizione di schemi di pagamento che, di fatto, costituiscono un incentivo verso quelle tipologie di cure che assicurano maggiori ritorni economici. I fornitori di servizi sanitari (medici, ospedali) avvertono minori condizionamenti etici e psicologici nell'aumentare le loro tariffe poiché essi sono pagati da enti istituzionali, cioè le ASP, invece che da persone fisiche.

Le complesse interrelazioni, la coesistenza di diversi attori, l'interazione tra istituzioni sanitarie e il sistema di regole governative, determinano la pratica impossibilità di progettare un sistema sanitario che sia in grado di coordinare i cinque segmenti in maniera efficiente (Hsiao, 1995).

Attesa l'incertezza della domanda e l'imprevedibilità delle spese delle cure, come pure l'incertezza connessa agli esiti dei trattamenti sanitari ed i rischi di perdita totale o parziale della capacità di produrre reddito, il sistema di finanziamento dei servizi sanitari poggia su forme assicurative. Queste ultime possono essere di tipo pubblico a copertura universale oppure basate in forme miste pubblico-privato con la presenza delle ASP, sottoscritte in maniera volontaria e pagate privatamente da singoli individui oppure dai datori di lavoro per conto dei propri dipendenti (Mossialos e Thomson, 2002)¹⁹⁵.

Il sistema delle ASP è afflitto anch'esso da difetti endemici che ne possono inficiare il funzionamento se non opportunamente regolati dall'intervento normativo pubblico. Si ricorda la *risk selection* operata dalle ASP che tendono a selezionare opportunamente i loro assicurati individuando quei segmenti di clientela potenziale che esibiscono livelli di salute elevati e che avranno, quindi, minori rischi di ammalarsi. Ed ancora, l'*adverse selection*, operata dai consumatori. Questi ultimi, infatti, conoscendo meglio di chiunque altro le proprie condizioni di salute, decidono di sottoscrivere il tipo di polizza assicurativa che ritengono personalmente più favorevole.

L'ipotesi di integrare il SSN con le ASP – un modello

Considerata l'attualità e la rilevanza strategica del tema delle assicurazioni sanitarie private (ASP), è stato realizzato uno studio

¹⁹⁵ Mossialos E., Thomson S. (2002). "Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment", *International Journal of Health Services*, Vol. 32/1.

specifico relativo a questo tema. Lo studio ha considerato il mercato relativo al "finanziamento" dei servizi sanitari, e ciò in accordo alla schematizzazione proposta da Hsiao (1995).

In particolare, il lavoro ha avuto lo scopo di individuare le conseguenze derivanti dall'eventuale introduzione delle ASP, in forma complementare o sostitutiva, rispetto al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa iniziativa avrebbe l'obiettivo, secondo la tesi maggiormente diffusa, di risolvere il problema della sostenibilità del servizio sanitario pubblico. Lo studio, basandosi su un'attenta *review* della letteratura a livello internazionale, ha proposto, tra i risultati finali, un modello originale che descrive i fenomeni innescati da un'eventuale operazione di questo tipo, ed inoltre, le possibili conseguenze per i cittadini e le organizzazioni sanitarie pubbliche e private (Pirozzi e Saggese, 2015)¹⁹⁶.

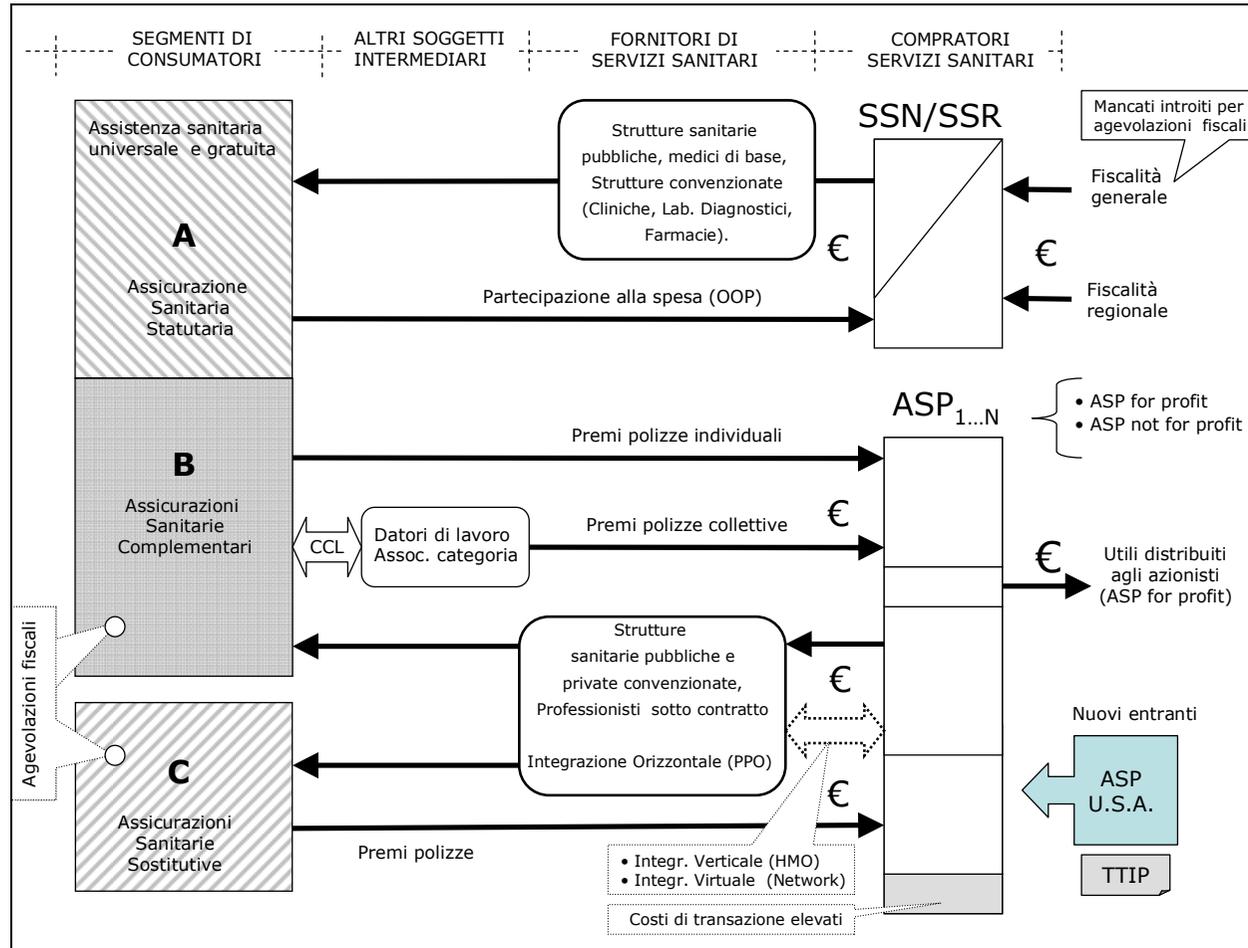
In accordo al lavoro qui riferito, si riportano di seguito la Figura 2.3, dove sono illustrati i flussi di finanziamento relativi ad un ipotetico sistema integrato ASP-SSN. Nella successiva Figura 2.4. sono schematizzati i fenomeni e le interazioni tra i diversi *stakeholder* agenti.

L'introduzione delle Assicurazioni Sanitarie Private (ASP) determinata, a sua volta, da una riduzione della copertura sanitaria attualmente assicurata dal SSN, porterebbe a uno scenario complessivo quale quello delineato negli schemi di cui

¹⁹⁶ Pirozzi M. G., Saggese S. (2015). "Assicurazioni sanitarie private: conseguenze per i cittadini ed implicazioni per il SSN derivanti dalla loro eventuale introduzione - Un'opportunità o un vaso di Pandora ?", *MECOSAN*, nr. 95.

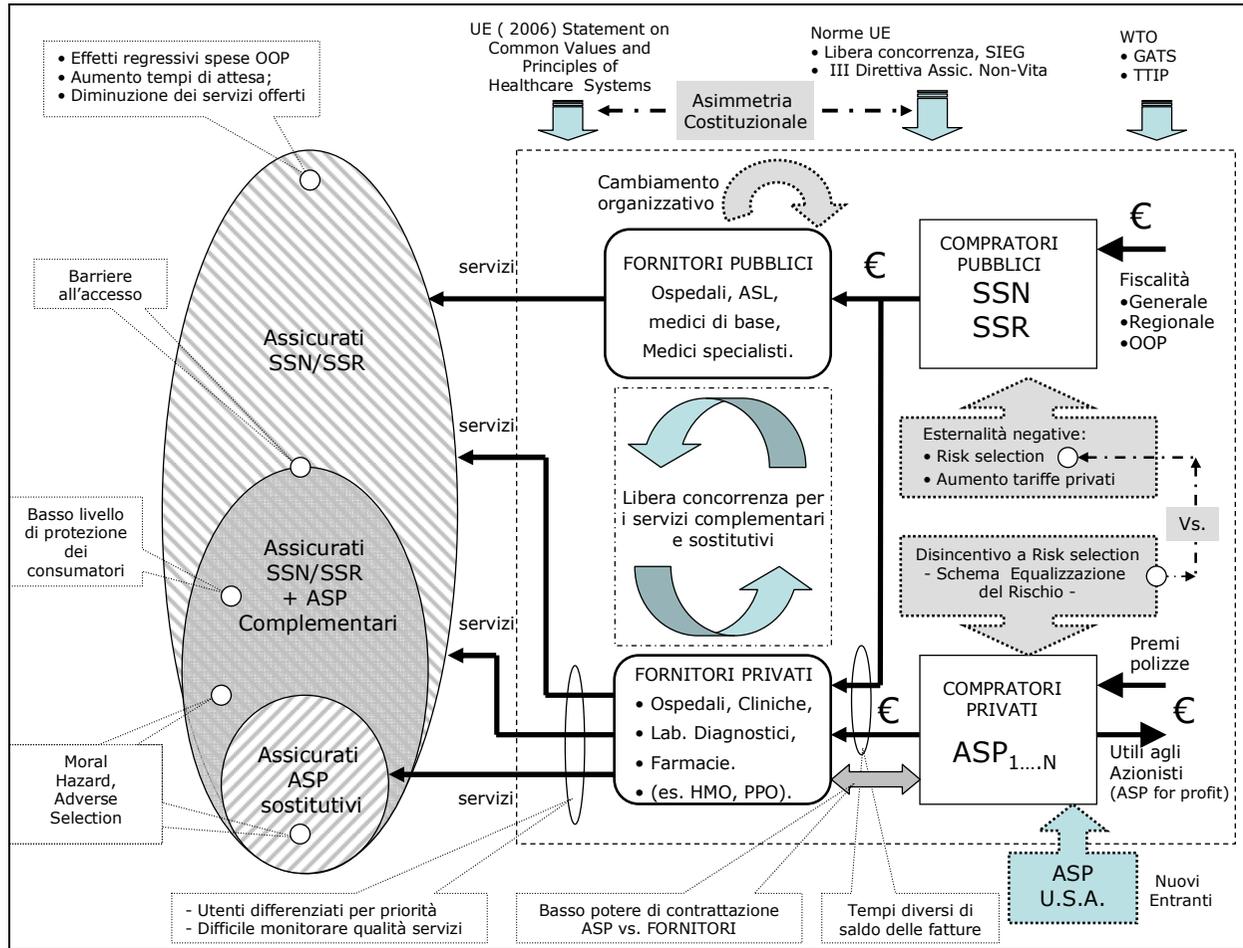
alle Figure 2.3 e 2.4. In queste rappresentazioni, sono stati previsti anche fattori di contesto esterni, come la possibilità di nuovi entranti rappresentati da imprese ASP provenienti dagli USA. Questo modello può servire come base di partenza per ulteriori e più approfondite indagini, sia sugli aspetti esterni o di contesto e sia sui fenomeni interni fin qui richiamati. In questa schematizzazione concettuale si è ipotizzato che una parte della popolazione fruisca di un'assistenza sanitaria più o meno completa, fornita dal SSN, connotata però da spese *Out-Of-Pocket* (OOP) rilevanti e con evidenti effetti regressivi. Una frazione sempre più numerosa della popolazione, spinta dalle crescenti spese OOP e *downgrade* gradualmente dei livelli di assistenza SSN, integrerebbe la copertura SSN con la stipula di polizze ASP complementari, tese a fornire servizi e/o rimborsi per OOP e visite specialistiche. Questo processo sarebbe probabilmente continuo e graduale, per evitare resistenze da parte dei cittadini, ed essendo connotato dall'emergere di barriere all'ingresso, rappresentate dal costo delle polizze, lascerebbe un insieme d'individui e famiglie senza una sufficiente copertura sanitaria. Un'altra componente della popolazione, in virtù di apposite norme, potrebbe optare per una copertura sanitaria sostitutiva, godendo al tempo stesso di agevolazioni fiscali. Nel modello proposto le ASP rappresenterebbero enti compratori aggiuntivi, rispetto al SSN/SSR, di prestazioni di beni/servizi sanitari per conto dei loro assicurati.

Figura 2.3: Il potenziale scenario evolutivo del servizio sanitario in Italia.



Tratto da Pirozzi e Saggese (2015).

Figura 2.4: Modello sistema sanitario integrato SSN-ASP



Tratto da Pirozzi e Saggese (2015).

Le ASP potrebbero ottenere migliori condizioni dai fornitori di prodotti/servizi privati, potendo vantare, rispetto agli enti pubblici, una migliore liquidità ed offrire, quindi, tempi di pagamento più rapidi. Gli individui e le famiglie assistiti dal SSN, che attualmente possono scegliere in alternativa i servizi privati, per evitare per esempio le lunghe liste di attesa che si riscontrano nel settore pubblico, si troverebbero probabilmente a dover subire un diverso livello di priorità nella fruizione del servizio a vantaggio degli assistiti delle ASP. Questo fenomeno potrebbe essere causato dal fatto che i fornitori privati potrebbero prestare migliore attenzione a questi ultimi perchè possono praticare tariffe più alte oppure semplicemente perchè le relative fatture sarebbero saldate più rapidamente. Le aziende sanitarie pubbliche (fornitori pubblici), in cerca di ulteriori introiti, o perchè semplicemente obbligate a farlo dal SSN-SSR, entrerebbero in competizione con i fornitori privati. Se questo fenomeno dovesse innescarsi, i relativi rami d'azienda preposti a queste tipologie d'offerte sarebbero sottoposti alle regole UE della libera concorrenza. In questo frangente, quindi, possiamo prevedere che le organizzazioni pubbliche erogatrici di servizi dovrebbero ristrutturarsi per quest'evenienza, dotandosi di competenze atte a supportare il nuovo posizionamento competitivo dettato dall'esistenza di più soggetti compratori (SSN-SSR, ASP).

Le esternalità negative illustrate in precedenza, cioè gli effetti perversi della *risk-selection* operata dalle ASP, come pure la

tendenza ad aumentare le tariffe praticate dai fornitori privati, andrebbero ad incrementare in maniera indiretta i costi della SSN-SSR. L'instaurarsi di un regime di libera concorrenza tra i fornitori pubblici e quelli privati, connotato da una pluralità di enti compratori (SSN-SSR, ASP) avrebbe una serie di effetti che andrebbero a modificare gli assetti istituzionali, chiamando altresì per una *governance* maggiormente articolata e complessa del sistema sanitario considerato nel suo insieme.

Tra questi effetti possiamo ipotizzare i seguenti:

- Sarebbe forzata l'attivazione di un processo di cambiamento organizzativo delle strutture pubbliche, per gestire il regime di concorrenza, con necessità di adeguamento delle dotazioni interne sia di Capitale Strutturale e sia di Capitale Umano (Bontis, 1999)¹⁹⁷;
- Necessità di gestire gli impatti derivanti dalle norme UE, ed eventualmente del TTIP, nell'acquisto e fornitura dei servizi sanitari complementari e sostitutivi e nelle relative organizzazioni che sono impegnate in questi ambiti di mercato;
- A seguito dell'integrazione delle ASP nell'erogazione del servizio sanitario si avrebbe un considerevole allargamento della quota di mercato accessibile alle imprese assicuratrici private, e le accresciute possibilità di *business* attirerebbero investitori specializzati dalla UE e dagli USA. In questo

¹⁹⁷ Bontis N. (1999). "Managing organizational knowledge by diagnosing Intellectual Capital: framing and advancing the state of the field", *International Journal of Technology Management*, Vol. 18/5-8.

frangente, le ASP maggiormente attive potrebbero innescare la formazione di soluzioni di tipo "*managed care organization*" (MCO), integrando la funzione di finanziamento dei servizi sanitari con quella di produzione/erogazione degli stessi. Questo processo darebbe luogo all'emergere di organizzazioni erogatrici di servizi sanitari di tipo innovativo. Ciò avverrebbe in maniera coerente rispetto a quanto già accaduto negli USA, a partire dall'inizio degli anni '70. Per esempio, attraverso un'integrazione "verticale" tra più soggetti appartenenti alla filiera dei servizi sanitari (es. *Health Maintenance Organization - HMO*), oppure con un'integrazione "orizzontale", per esempio stimolando la formazione di associazioni di professionisti, da indicare nelle polizze assicurative come predefiniti e obbligatori punti di fruizione dei servizi sanitari per gli assicurati ASP (*Preferred Providers Organization - PPO*). Negli USA, successivamente alla comparsa delle strutture derivanti dall'integrazione verticale/orizzontale (HMO, PPO), ha fatto la sua apparizione la filosofia c.d. dell'"integrazione virtuale" (Goldsmith, 1994)¹⁹⁸. Quest'ultimo approccio consiste in un'integrazione realizzata attraverso accordi formali di cooperazione tra più soggetti (*network*) che fanno parte della filiera (Robinson e Casalino, 1996)¹⁹⁹. Lo scopo di questi modelli di *business*, peraltro molto diffusi negli USA, consiste

¹⁹⁸ Goldsmith J.C. (1994). "The illusive logic of integration", *Healthcare Forum Journal*, Vol.37/5.

¹⁹⁹ Robinson J.C., Casalino L.P. (1996). "Vertical integration and organizational networks in Health Care". *Health Affairs*, Vol.15/1.

nella fornitura di un set di servizi sanitari, più o meno completo, a fronte di un pagamento fisso annuale per ogni individuo assicurato. Agli inizi degli anni '90, l'Ufficio Bilancio del Congresso degli Stati Uniti, utilizzando studi effettuati negli USA (*Congress of the United States*, 1991; 1992)²⁰⁰, ha sostenuto che la soluzione HMO presenterebbe costi inferiori alle soluzioni assicurative basate su un tipo di pagamento del tipo *Fee For Services* (FFS), calcolando che se tutta la popolazione americana fosse coperta da soluzioni HMO, si sarebbe ottenuta una riduzione del 10% dei costi complessivi del sistema sanitario americano. Tuttavia, gli stessi studi suggeriscono che il ritmo di crescita dei costi per le HMO è simile ad altre soluzioni assicurative, risultando quindi che il vantaggio sopra riferito avrebbe un effetto esclusivamente iniziale e non ripetibile e, inoltre, concentrato nei servizi sanitari ospedalieri (Oxley e McFarlan, 1995)²⁰¹.

Si osserva, per ultimo, che le soluzioni c.d. "*Managed Care*" non hanno impedito al servizio sanitario pubblico-privato USA di raggiungere livelli di costo complessivi notevolmente alti, pari a più del doppio dei costi registrati nei maggiori Paesi

²⁰⁰ Congress of the United States, Congressional Budget Office (1991). *Rising health care costs: causes – implications and strategies*. Washington D.C., <http://www.cbo.gov/sites/default/files/91-cbo-001.pdf>.

Congress of the United States, Congressional Budget Office (1992). *Economic implications of rising health care costs*. Washington D.C. https://www.cbo.gov/sites/default/files/1992-10_econimplication.pdf.

²⁰¹ Oxley H., MacFarlan M. (1995). "*Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency*", OECD Economics Studies, Paris, nr. 24.

dell'UE (vedi paragrafo 2.3, Tab. 2.1: Spesa sanitaria totale pro capite al 2011) (WHO - World Health Statistics, 2014).

CONCLUSIONI

Il lavoro di Pirozzi e Saggese (2015), qui riferito per sommi capi, si è proposto di analizzare criticamente la letteratura dedicata alle assicurazioni sanitarie private per proporre un modello teorico integrato che illustra le criticità e opportunità offerte da tali strumenti. Il modello proposto, tuttavia, evidenzia che l'adozione delle ASP non è in grado di contribuire alla sostenibilità del sistema sanitario, sia sotto il profilo economico e sia nella prospettiva fiscale. La loro introduzione di converso è in grado di generare distorsioni nell'applicazione dei principi fondanti ai quali dovrebbero conformarsi tutti i sistemi sanitari nazionali dell'UE. In particolare, gli stati membri dell'UE fanno fatica ad assicurare adeguati livelli di protezione finanziaria per gli utenti di ASP sostitutive e complementari (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009).

Si riscontrano ampie evidenze, inoltre, che le fonti di finanziamento private per i servizi sanitari, derivanti dalle ASP, risultano spesso regressive, presentano barriere di tipo finanziario all'accesso ed esse contribuiscono in scarsa misura, infine, al contenimento dei costi ed anzi incoraggiano un loro incremento (Thomson e Mossialos, 2004)²⁰².

²⁰² Thomson S., Mossialos E. (2004). "What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in Western Europe?", World Health Organization – Regional Office for Europe – HEN, Copenhagen.

Nel caso di ASP sottoscritte volontariamente, le agenzie pubbliche, preposte al controllo della libera concorrenza e alla protezione degli utenti, hanno maggiore difficoltà nel verificare l'operato delle società assicuratrici private. Inoltre, è opportuno considerare che il numero elevato delle ASP e la vasta diversificazione dell'offerta assicurativa producono una frammentazione spinta del mercato dei servizi assicurativi. Questo induce i seguenti effetti diretti: una scarsa capacità per i consumatori di confrontare le diverse offerte; inficia la competizione tra le ASP sui prezzi, originando dubbi, da parte di associazioni di consumatori e da *authority* indipendenti di vigilanza per la libera concorrenza, circa l'effettivo livello di protezione dei consumatori messo in campo (Office of Fair Trading, 1996, 1998; OECD, 2004; Mossialos e Thomson, 2004)²⁰³; ed infine, un basso potere di contrattazione delle società di ASP nei confronti dei fornitori di servizi/prodotti sanitari.

Per questi motivi, le ASP non riescono ad intervenire efficacemente per ottenere una più equa e vantaggiosa definizione *ex-ante*, come pure un controllo *in-itinere*, del rapporto

²⁰³ Office of Fair Trading (1996). "Health insurance: a report by the Office of Fair Trading", Office of Fair Trading, London, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.oft.gov.uk/s_hared_oftr/reports/financial_products/oft168.pdf.

Office of Fair Trading (1998). "Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading", Office of Fair Trading, London, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.oft.gov.uk/s_hared_oftr/reports/financial_products/oft230.pdf.

OECD (2004). "Private health insurance in OECD countries", Organisation for Economic Cooperation and Development, Paris.

Mossialos E., Thomson S. (2004). "Voluntary health insurance in the European Union", World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen. www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf.

prezzo/qualità dei servizi effettivamente erogati dai fornitori agli utenti finali. Su questo punto, un'eccezione è rappresentata dagli Stati Uniti dove si sono rilevate esperienze di miglioramento della qualità soprattutto afferenti ai piani c.d. "*managed care*" comprati dai datori di lavoro per i propri dipendenti, che hanno forzato l'utilizzo di strumenti di controllo diretti a questo scopo (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009; OECD, 2004).

I motivi sopra esposti ed, inoltre, l'alta incidenza dei costi amministrativi dovuti ai costi di transazione nelle organizzazioni ASP, l'effetto inflattivo richiamato sulle tariffe dei servizi/prodotti sanitari e il loro effetto indiretto sul sistema sanitario statutario (Hsiao, 1995, OECD, 2004; Thomson, Foubister e Mossialos, 2009), nonché la necessità delle ASP *for profit* di generare profitti per i loro azionisti, consentono di concludere che le ASP non sono in grado di apportare effetti positivi al sistema sanitario sotto il profilo economico.

Al contrario, tali strumenti possono mettere a repentaglio la stessa sostenibilità economica del servizio sanitario più di quanto possa fare la componente del servizio sanitario finanziata con risorse pubbliche (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009).

In accordo a questi autori, si può sostenere, infine, che per quanto riguarda l'ipotesi di perseguire la sostenibilità fiscale del servizio sanitario attraverso le ASP, essa risulta non realistica e ciò non soltanto nei mercati delle ASP di tipo sostitutivo. Negli ultimi anni, infatti, gli Stati membri UE di più lunga data hanno

scoraggiato la diffusione delle ASP riducendo drasticamente, o addirittura eliminando, gli incentivi fiscali inizialmente previsti per i cittadini sottoscrittori di ASP. L'introduzione delle ASP, quindi, da un lato danneggia la sostenibilità economica e dall'altro non risolve la questione della sostenibilità fiscale, poiché mette in chiaro pericolo l'equità del sistema sanitario considerato nel suo complesso (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009).

Occorre osservare, inoltre, che il profondo processo di cambiamento attivato dall'introduzione delle ASP, con la conseguente modifica nella struttura di mercato compratori-fornitori di servizi/prodotti sanitari, comporterebbe non poche difficoltà alle organizzazioni pubbliche (SSN-SSR, ASL ed Ospedali pubblici), tanto da creare ulteriori emergenze e "costi nascosti", questi ultimi non facilmente prevedibili a priori.

Le politiche sanitarie nazionali, ancorché formulate in tempi di profonda crisi economica e di stagnazione, dovrebbero essere tarate, comunque, nel rispetto dei principi e dei valori definiti dalla UE per i sistemi sanitari dei Paesi membri. Tuttavia, la politica dei tagli lineari più volte iterati e la formulazione di scelte come quella di introdurre le ASP, insieme all'aumento delle spese OOP, sembrano inadatte per due ordini di motivi. Da un lato determinano una generale involuzione del servizio sanitario, mettendo a rischio la sua sostenibilità economica e fiscale mentre, dall'altro lato, producono rilevanti effetti regressivi sulla popolazione, inficiano l'equità all'accesso e quella fiscale,

determinano un incremento del divario sociale ed economico tra Nord e Sud del Paese (Ferrè *et al.*, 2014) e mettono a rischio i LEA (Corte dei Conti, 2014).

Il modello, proposto da Pirozzi e Saggese (2015), pone all'attenzione degli studiosi e *policy-maker* la necessità di valutare gli effetti delle riforme al SSN traguandole in uno scenario ampio che tenga conto di tutti i fattori agenti. Con specifico riferimento al dibattito politico, è necessario evitare errori sistemici di *framing* che possono inficiare la percezione degli effetti delle modifiche che s'intendono introdurre e falsare il processo decisionale democratico. Com'è noto, infatti, i *frame* e le percezioni distorte possono a loro volta essere *self-reinforcing* e determinare un'auto-conferma delle tesi esposte (Kahneman e Tversky, 2000; Kahneman, 2012)²⁰⁴.

La valutazione degli effetti delle politiche pubbliche, attuata secondo metodi e strumenti empirici (*evidence based policy-making*), ha ricevuto grande attenzione negli ultimi venti anni, soprattutto in USA e UK (Davies, 2004)²⁰⁵. Nelle amministrazioni governative di questi Paesi, infatti, si è consolidato il passaggio da una formulazione delle politiche "basata sulle opinioni" ad un processo "basato sulle evidenze empiriche" fornite, a loro volta, da

²⁰⁴ Kahneman D., Tversky A. (2000). "*Choices, Values and Frames*", New York: Cambridge University Press.

Kahneman D. (2012). "*Pensieri lenti e veloci*", Arnoldo Mondadori Editore, Milano.

²⁰⁵ Davies P. (2004). "*Is evidence-based government possible?*", Jerry Lee Lecture, presentato al 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.

esperti e studiosi (Davies, 2004; Gray, 1997²⁰⁶). Il lavoro, partendo dall'esame delle esperienze consolidate sul tema delle ASP da altri Paesi europei ed extraeuropei, s'inquadra in tale scenario. Ciò ha consentito di produrre il modello proposto dettagliando i possibili effetti ed interazioni che le esperienze riferite hanno evidenziato, pur non essendo ancora noto l'obiettivo che i *policy-maker* italiani intendono realizzare. Quest'ultimo aspetto costituisce il principale limite del lavoro. Si ritiene, pertanto, opportuno procedere ad un ulteriore step di indagine appena sarà delineato il processo di riforma organico, relativo alle ASP, che i responsabili politici intendono realizzare.

L'introduzione delle ASP nel sistema sanitario nazionale è in grado di generare un insieme di interazioni, tra i diversi *stakeholder*, che possono innescare, a loro volta, processi di cambiamento rilevanti. Questo scenario spinge a compiere ulteriori approfondimenti e suggerisce nuovi sentieri di ricerca. Tra questi si segnalano i seguenti: l'esame delle esternalità negative generate dalle ASP sul SSN-SSR, le ricadute dei condizionamenti operati dalle normative UE ed internazionali sulla *governance* del sistema sanitario complessivo, gli effetti socio-economici delle ASP sui cittadini valutati in funzione dei principi fondanti definiti dal Consiglio d'Europa (*Council of the European Union*, 2006), ed infine, il processo di cambiamento indotto sulle strutture pubbliche e i suoi effetti organizzativi ed economici.

²⁰⁶ Gray, J.A.M. (1997). "Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions", Churchill Livingstone, London.

Per affrontare la crisi del 2008, l'intervento pubblico in Italia ha agito prevalentemente attraverso ripetuti tagli alla spesa, mancando al tempo stesso l'attuazione di un programma organico di riforma delle strutture amministrative pubbliche (Di Mascio e Natalini, 2015)²⁰⁷.

Atteso che la sostenibilità fiscale può essere perseguita anche attraverso un recupero di produttività delle organizzazioni sanitarie, sarebbe auspicabile definire una strategia complessiva di cambiamento del sistema di gestione della sanità pubblica, orientata in via prioritaria a recuperare margini di produttività a parità di risorse impegnate.

Sarebbe preferibile e più vantaggioso, quindi, modernizzare il settore pubblico, migliorando le organizzazioni e le operatività a esso connesse, invece di smantellare lo stato sociale (Piketty, 2014)²⁰⁸.

²⁰⁷ Di Mascio F., Natalini A. (2015). "Fiscal Retrenchment in Southern Europe: Changing patterns of public *management* in Greece, Italy, Portugal and Spain", *Public Management Review*, Vol. 17/1.

²⁰⁸ Piketty T. (2014). "*Capital in the Twenty-First Century*", Belknap Press, Harvard University Press, Cambridge, USA.

2.3 Servizio Sanitario Nazionale (SSN) - stato dell'arte

Un insieme d'indicatori mostra che nel corso dell'ultimo decennio si è conseguito un generale miglioramento del livello di salute della popolazione italiana. L'aspettativa di vita media calcolata al 2012, assegna all'Italia il quarto posto nella classifica stilata dall'OMS, con 80,2 anni per gli uomini, ed il quinto posto per le donne con 85,0 anni (WHO, 2014)²⁰⁹. Sussiste tuttora un *gap*, pari a 2,8 anni d'aspettativa di vita media, tra le Regioni più ricche del Nord rispetto a quelle del Sud del Paese. Tale divario riflette le differenze nelle condizioni socio-economiche, tuttora esistenti, tra le due macroaree coinvolte (Ferrè *et al.*, 2014)²¹⁰.

Nel 2011, la spesa complessiva per la sanità, in Italia, è stata pari al 9,2% del PIL, leggermente al di sotto sia alla media europea (pari al 9,6%), che a quella dei paesi aderenti all'OCSE (pari al 9,3%). Altri Paesi europei, come Francia, Germania e Regno Unito, esibiscono costi corrispondenti e pari rispettivamente a 11,6%, 11,3% e 9,4% del proprio PIL.

In accordo ai dati 2011 calcolati dall'OMS, la situazione è ulteriormente chiarita se si considerano i costi pro capite del servizio sanitario espressi in dollari USA (US\$) ed in dollari internazionali (Int. \$)²¹¹ (WHO, 2014).

²⁰⁹ World Health Organization – WHO (2014). "World Health Statistics 2014 - A wealth of information on global public health", Geneva, Switzerland.

²¹⁰ Ferré F., de Belvis A.G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A. (2014). "Italy: Health System Review. Health Systems In Transition", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 16/4.

²¹¹ Int. \$ - PPP (*Purchasing Power Parity*): unità di misura che tiene conto del differente potere di acquisto nei diversi paesi.

Tab. 2.1: Spesa sanitaria totale pro capite al 2011

Dati spesa sanitaria pro capite totale al 2011	IT	FR	DE	UK	USA
Spesa totale pro capite (in US\$) al tasso di cambio medio.	3.339	4.968	4.996	3.659	8.467
Spesa totale pro capite (PPP International \$)	3.017	4.128	4.474	3.364	8.467
Spesa governativa (in \$ Internazionali - PPP)	2.348	3.169	3.420	2.787	4.047

Tratto da WHO -World Health Statistics (2014).

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) esibisce costi totali pro capite nettamente inferiori a quelli di Francia (FR), Germania (DE), Regno Unito (UK) e Stati Uniti (USA). La spesa per condivisione dei costi che grava sui cittadini italiani (22,2%), in termini percentuali, è uguale a quella di Germania e Francia, ma a differenza di questi ultimi, in Italia essa è quasi totalmente (92,7%) costituita da spesa *out of pocket* (OOP) essendo trascurabile la componente dedicata alle ASP (WHO, 2014).

Dall'analisi della letteratura si rileva che le perduranti differenze socio-economiche tra le Regioni del Nord e quelle del Sud determinano differenze sensibili, a livello regionale, nella capacità di spesa per il sistema sanitario locale, nel carico fiscale supplementare sui contribuenti ed infine, sulle spese OOP a carico dei cittadini-utenti. Questa situazione ha determinato, inoltre, una realtà molto differenziata circa i costi pro capite esibiti dalle diverse Regioni italiane (Ferrè *et al.*, 2014). Nella tabella di seguito riportata sono indicati i costi pro capite registrati nelle

diverse Regioni italiane negli anni indicati e compresi nel periodo 1990 -:-2012.

Tabella 2.2: Costi pro capite SSN nelle Regioni Italiane

	1990	1995	2000	2005	2009	2010	2011	2012
North								
Piedmont	688	828	1 300	1 661	1 883	1 903	1 897	1 914
Valle d'Aosta	756	875	1 392	1 829	2 076	2 170	2 236	2 224
Lombardy	709	868	1 185	1 573	1 766	1 813	1 872	1 870
A.P. Bolzano	722	995	1 589	2 059	2 134	2 183	2 234	2 259
A.P. Trento	731	907	1 318	1 722	2 044	2 088	2 209	2 229
Veneto	746	861	1 249	1 609	1 769	1 788	1 782	1 823
Friuli Venezia Giulia	730	868	1 234	1 650	1 958	1 979	2 076	2 095
Liguria	841	957	1 342	1 837	2 026	2 006	2 043	1 983
Emilia R	856	975	1 282	1 699	1 906	1 920	1 926	1 983
Centre								
Tuscany	788	891	1 240	1 647	1 919	1 899	1 914	1 945
Umbria	766	865	1 251	1 629	1 807	1 806	1 841	1 850
Marche	834	886	1 237	1 544	1 744	1 795	1 793	1 800
Lazio	788	891	1 283	1 919	2 011	1 971	1 965	1 950
South								
Abruzzo	724	761	1 281	1 729	1 757	1 743	1 751	1 773
Molise	678	776	1 145	2 033	2 072	2 070	2 037	2 035
Campania	692	743	1 150	1 670	1 747	1 719	1 710	1 692
Puglia	671	783	1 109	1 515	1 751	1 772	1 731	1 730
Basilicata	603	707	1 071	1 505	1 753	1 796	1 818	1 816
Calabria	586	721	1 130	1 423	1 741	1 719	1 697	1 686
Sicily	700	747	1 054	1 559	1 666	1 688	1 717	1 727
Sardinia	695	860	1 163	1 632	1 826	1 874	1 932	1 951
ITALY	730	840	1 208	1 648	1 825	1 836	1 850	1 859
Coefficient of variation (%)	9.5	9.8	10.0	10.1	7.7	8.1	9.3	9.3

Source: Armeni & Ferrè, 2013, using Ministry of Health and Finance data.

Tratto da Ferrè *et al.* (2014).

Sono state, inoltre, introdotte misure di contenimento dei costi più stringenti relative, in particolare, alla riduzione del numero dei posti letto (da 4 a 3,7 letti/1000 abitanti), minore percentuale di ricoveri e riduzione del tempo medio di degenza (Ferrè *et al.*, 2014). Il governo, inoltre, ottemperando alle richieste di implementare misure d'austerità e "riforme strutturali", imposte dalla Commissione Europea e dalla BCE, ha ridotto i trasferimenti di risorse finanziarie, alle Regioni ed agli Enti Locali, per le cure destinate a disabili, infanzia, immigrati e politiche di *welfare* (Ferrè *et al.*, 2014)

Il SSN ha subito tagli alla spesa progressivi attraverso dispositivi legislativi attuati in successione (DLgs 95/2012, Legge n. 228/2012 - Legge di Stabilità, DLgs n. 201/2011 - Decreto Salva Italia). In questo modo, la spesa pubblica è stata ridotta di 900 milioni di euro nel 2012, di 1,8 miliardi di euro nel 2013 e di ulteriori 2 miliardi di euro nel 2014. Questa riduzione di spesa è stata realizzata aumentando la partecipazione dei cittadini ai costi OOP e con misure di risparmio sulla spesa farmaceutica (Ferrè *et al.*, 2014).

Dal 1990 al 2012, la spesa sanitaria complessiva registrata in Italia, espressa in % del PIL, è stata inferiore a quella dei maggiori Paesi Europei. In particolare, i costi esibiti dal SSN sono rimasti, in questo periodo, sempre inferiori a quelli di Svezia, Francia, Germania, ed alla media dei costi calcolata nell'ambito della Unione Europea a 15 ed a 27 Stati membri (Ferrè *et al.*, 2014).

La Corte dei Conti, nella sua Relazione (2014)²¹², rileva che l'effetto combinato dei provvedimenti legislativi, originati sia a livello centrale e sia a livello locale, ha ridotto la spesa sanitaria ben oltre gli obiettivi prefissati nella Legge di Stabilità 2012.

"A fronte di previsioni tendenziali di spesa per il SSN nel triennio 2011/2013, illustrate dalla Relazione al Parlamento di dicembre 2011, pari, rispettivamente, a 114,9, 117,4 e 119,6 miliardi, dopo le manovre correttive dei saldi di finanza pubblica, attuate principalmente con l. n.

²¹² Corte dei Conti (2014). "Relazione sulla gestione degli enti territoriali. Esercizio 2013", Deliberazione N. 29/SEZAUT/2014/FRG, Roma.

111/2011 e l. n. 135/2012 ("spending review"), la spesa è risultata essere, a consuntivo, pari a 111,09, 109,61 e 109,25 miliardi, inferiore, quindi, di 4 miliardi (per il 2012) e di circa 3 miliardi (per il 2013) alle stime contenute nella legge di stabilità 2013." (Corte dei Conti, 2014).

La Corte dei Conti (2014), inoltre, osserva che il SSN si trova ad un punto limite oltre il quale, continuando soltanto a ridurre le spese, si mettono a rischio i LEA, allargando così ulteriormente il divario sociale tra il Sud ed il Nord del Paese.

"Questi andamenti indicano il costante e progressivo riassorbimento dei deficit contabili, mentre ulteriori risparmi, ottenibili da incrementi di efficienza, se non reinvestiti prevalentemente nei settori dove più carente è l'offerta di servizi sanitari, come, ad esempio, nell'assistenza territoriale e domiciliare oppure nell'ammmodernamento tecnologico e infrastrutturale, potrebbero rendere problematico il mantenimento dell'attuale assetto dei L.E.A., facendo emergere, nel medio periodo, deficit assistenziali, più marcati nelle Regioni meridionali, dove sono relativamente più frequenti tali carenze." (Corte dei Conti, 2014).

Tra gli elementi che occorre considerare quali determinanti dello sviluppo futuro del SSN, vi sono l'invecchiamento della popolazione, l'aumento medio della speranza di vita, l'aumento dell'incidenza delle patologie cronicodegenerative, le innovazioni scientifiche e tecnologiche. IL SSN, se trsguardato attraverso le diverse realtà regionali, presenta una situazione molto articolata, con alcune Regioni che riescono ad erogare prestazioni sanitarie che rispettano i LEA (Emilia Romagna, Umbria, Toscana, Marche, Veneto, Piemonte, Lombardia, Basilicata). Altre regioni risultano,

invece, inadempienti (Molise, Lazio, Sicilia, Calabria, Campania, Puglia), ed altre ancora parzialmente inadempienti (Liguria, Abruzzo) (Nuzzo *et al.*, 2012)²¹³.

La non corrispondenza delle prestazioni erogate dal SSN rispetto ai bisogni, che già si delineano in funzione della evoluzione dei parametri sopra richiamati, imporrebbe un riposizionamento complessivo dell'offerta del SSN, con un'attenzione speciale orientata a valutare l'appropriatezza delle cure sanitarie ed una ricerca di un migliore rapporto costi-benefici. Occorre rilevare, inoltre, che i reiterati tagli alla spesa sanitaria e l'incidenza dei piani di rientro hanno fortemente condizionato il SSN nell'erogazione dei servizi sanitari. Da un lato, si è accentuata una divergenza nelle prestazioni LEA tra le diverse regioni (Nuzzo *et al.*, 2012), dall'altro ha reso difficile intraprendere attività di riposizionamento dell'offerta.

In accordo ai risultati emersi dall'ultima revisione condotta dall'OECD (2015)²¹⁴ sulla qualità dei servizi sanitari in Italia, il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante i bisogni di salute della popolazione siano in continua evoluzione, tanto da richiedere una convergenza verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di tali patologie siano

²¹³ Nuzzo A., Medici F., Pietro Granella P., Galadini M., Carla Ceccolini C., Lentisco S., con la collaborazione di Lispi L. (2012). "Rapporto Monitoraggio LEA - Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della griglia LEA"- Metodologia e Risultati dell'anno 2010, Ministero della Salute. Testo disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf.

²¹⁴ OECD (2015). "OECD Reviews of health care quality: Italy 2014: Raising standards", Paris: OECD Publishing. Testo disponibile al sito: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

in primo piano. Nella sua relazione, l'OECD (2015) rileva che tale convergenza è piuttosto lenta e che i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi OECD.

Negli ultimi venti anni, tuttavia, sono state avanzate proposte di riforma orientate a creare, da un lato, forme assicurative, mutue, fondi sanitari parzialmente finanziati da agevolazioni fiscali, e dall'altro lato, un ridimensionamento del perimetro d'intervento pubblico (Pammolli e Salerno, 2008)²¹⁵.

I rischi connessi a queste ipotesi, legati soprattutto all'efficienza allocativa ed all'equità, sono stati evidenziati nella letteratura economica (Dirindin, 1996)²¹⁶, tanto da sconsigliare questo tipo d'approccio (Gabriele e Raitano, 2009)²¹⁷.

Studi recenti hanno dimostrato che l'accesso alle cure specialistiche ed ospedaliere soffrono di significativi livelli di ineguaglianza (Van Doorslaer e Masseria, 2004; Van Doorslaer, Masseria e Koolman, 2006)²¹⁸. Secondo recenti indagini, questo divario nell'equità all'accesso è dovuto, in larga misura, alle disparità esistenti a livello inter-regionale nei redditi dei cittadini e nell'erogazione dei servizi sanitari. In pratica, risorse importanti

²¹⁵ Pammolli F., Salerno N.C. (2008). *La Sanità in Italia. Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche*, Il Mulino, Bologna.

²¹⁶ Dirindin N. (1996). *Chi paga per la salute degli italiani?*, Il Mulino, Bologna.

²¹⁷ Gabriele S., Raitano M. (2009). "Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia", *Studi e Note di Economia*, Vol. 15/3.

²¹⁸ Van Doorslaer E., Masseria C. (2004). *Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*, OECD Health Equity Research Group Members Paris, OECD, 2004.

Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006). "Inequalities in access to medical care by income in developed countries", *Canadian Medical Association Journal*.

(nr. di medici, nr. di posti letto), e parametri come il tasso d'occupazione e indicatori delle cure ambulatoriali, sono tutti a favore delle Regioni settentrionali e centrali (Giannoni, Rabito e Masseria, 2007)²¹⁹.

L'elevata incidenza delle spese OOP pone barriere all'accesso generando, altresì, notevoli effetti regressivi sui cittadini. Ciò induce questi ultimi, tra gli altri effetti, a fruire dei servizi dei reparti d'emergenza ospedalieri in sostituzione delle cure specialistiche. Questo ultimo fenomeno è in grado di aumentare la spesa sanitaria pubblica, anziché ridurla, mettendo in pericolo la sostenibilità economica del SSN (Pirozzi, Saggese, 2015).

Le liste d'attesa troppo lunghe, esibite dalle strutture pubbliche del SSN, incentivano i cittadini a fare ricorso alle cure private anche per quei servizi che sono proposti dal SSN senza costi. La diffusa pratica dell'*intra-moenia* sembra contribuire negativamente a questo fenomeno (Ferrè *et al.*, 2014).

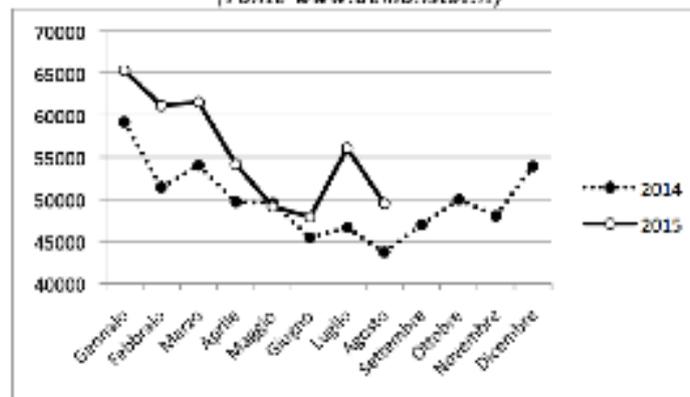
Circa l'effetto regressivo delle spese OOP, si ricorda che uno studio condotto incrociando i dati della spesa OOP rispetto ai dati sulla mortalità in 27 Paesi, compresa l'Italia, ha mostrato che ad un incremento della spesa *out of pocket* pari ad un punto percentuale, corrisponde un incremento della mortalità degli adulti

²¹⁹ Giannoni M., Masseria C., Rabito G. (2007). "L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali", Collana Le Monografie - Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, N.6, Regione dell'Umbria, Perugia.

del 2,2%²²⁰. Allo stesso tempo, un incremento della copertura sanitaria di un punto percentuale corrisponde una riduzione dell'1,9% della mortalità negli adulti ²²¹ (Armeni, Ferrè e Sommariva, 2014)²²².

Questo fenomeno sembra trovare conferma nei dati contenuti nell'ultimo bilancio demografico mensile pubblicato dall'Istat. In questo documento si rileva, purtroppo, che il numero dei decessi registrato in Italia nei primi otto mesi del 2015 è aumentato dell'11,3% rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente, con un incremento in valore assoluto di 45mila unità così come si evince dalla figura sotto riportata (Blangiardo, 2015)²²³.

Fig. 1 - Italia: Frequenza mensile di morti. Anni 2014 e 2015
(Fonte www.demo.istat.it)



L'Istituto Bertelsmann Stiftung, con sede a Gütersloh (Germania) che opera nel campo della ricerca sui temi sociali ed economici, ha

²²⁰ $R^2=0,40$ calcolato su dati 2012.

²²¹ $R^2=0,41$ calcolato su dati 2012. Questa correlazione non è semplicemente speculare alla precedente, in quanto il complemento della spesa pubblica non è solo la componente *out-of-pocket*, ma anche la spesa privata assicurativa.

²²² Armeni P., Ferre F., Sommariva S. (2014). *Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale*. Rapporto OASI 2014. Milano: Egea.

²²³ Blangiardo G.C. (2015). "68.000 morti in più nel 2015 ?", 22 dicembre 2015, NEODEMOS.IT, <http://www.neodemos.info/68-mila-morti-in-piu-nel-2015/?print=pdf>.

pubblicato di recente la versione aggiornata al 2015 dello studio annuale sulla giustizia sociale nei 28 Paesi aderenti all'Unione Europea (Schraad-Tischler, 2015)²²⁴.

Per calcolare il *Social Justice Index* (SJI), lo studio in questione ha preso in considerazione 6 dimensioni che descrivono la giustizia sociale: (1) Prevenzione della povertà, (2) Istruzione equa, (3) Accesso al mercato del lavoro, (4) Coesione Sociale e non discriminazione, (5) Salute, (6) Giustizia Intergenerazionale. In questa classifica, il nostro Paese occupa la 25° posizione, prima della Bulgaria, Romania e Grecia, e dopo altri Paesi UE come la Spagna, Ungheria, Croazia, Lettonia e Portogallo.

Per quanto riguarda la dimensione "Salute", lo studio qui riferito assegna all'Italia il 20° posto, in netto peggioramento rispetto agli anni 2008-2011-2014, fornendo una valutazione sintetica ma sufficientemente significativa su questo specifico aspetto che riportiamo qui di seguito (Schraad-Tischler, 2015).

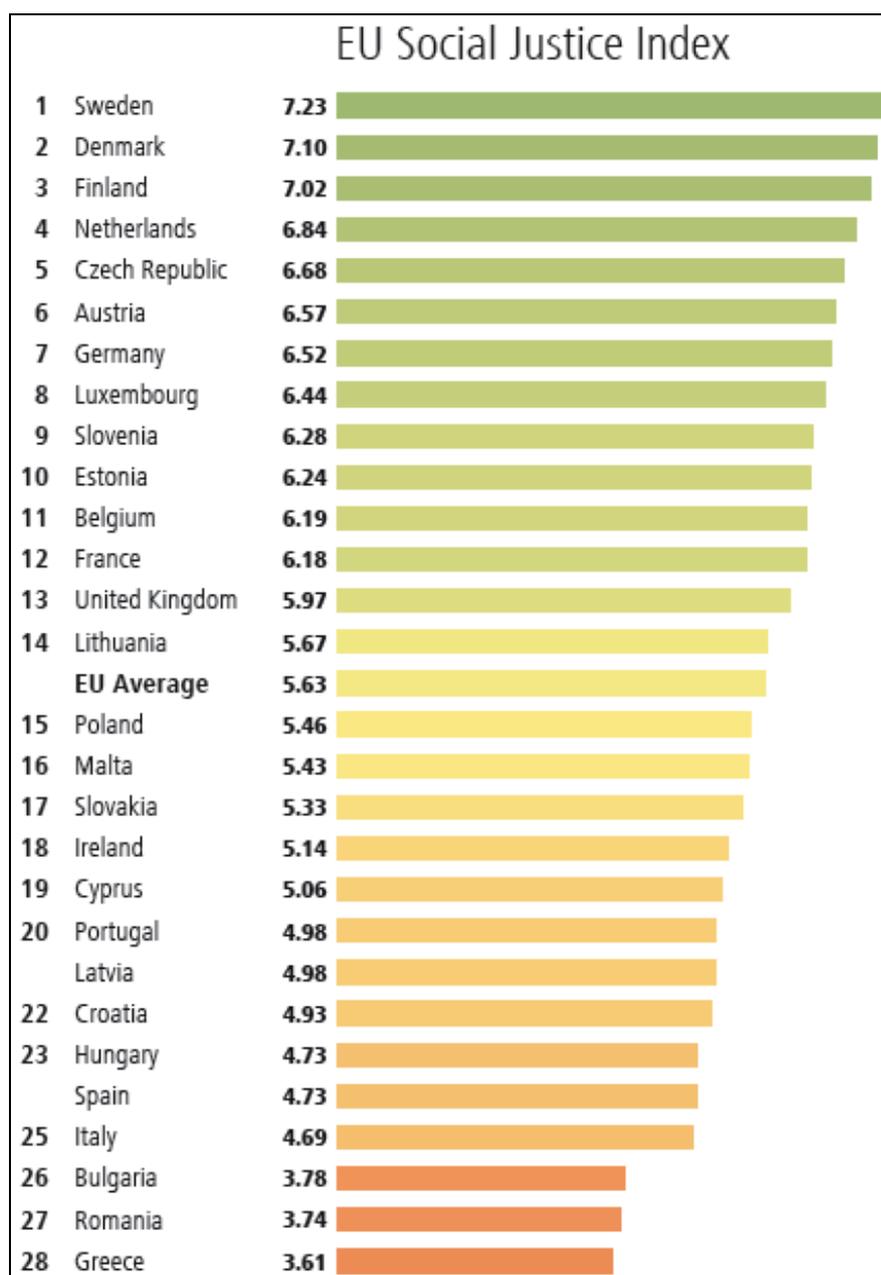
"Italy is among the countries to have deteriorated relatively significantly in recent years. Strong regional differences have had an effect on this outcome, and the SGI country experts do not provide an optimistic assessment of future prospects: "On average, the services provided achieve medium to high standards of quality (a recent Bloomberg analysis ranked the Italian system among the most efficient in the world), but, due to significant differences in local infrastructures, cultural factors, and the political and managerial proficiency of local administrations, the quality of public health care is not nationally uniform. In spite of similar levels of per capita expenditure, services

²²⁴ Schraad-Tischler D. (2015). "Social Justice in the EU – Index Report 2015 – Social Inclusion Monitor Europe", Bertelsmann Stiftung, Germania.

are generally better in northern and central Italy than in southern Italy. In some areas of the south, corruption, clientelism and administrative inefficiency have driven up health care costs”.

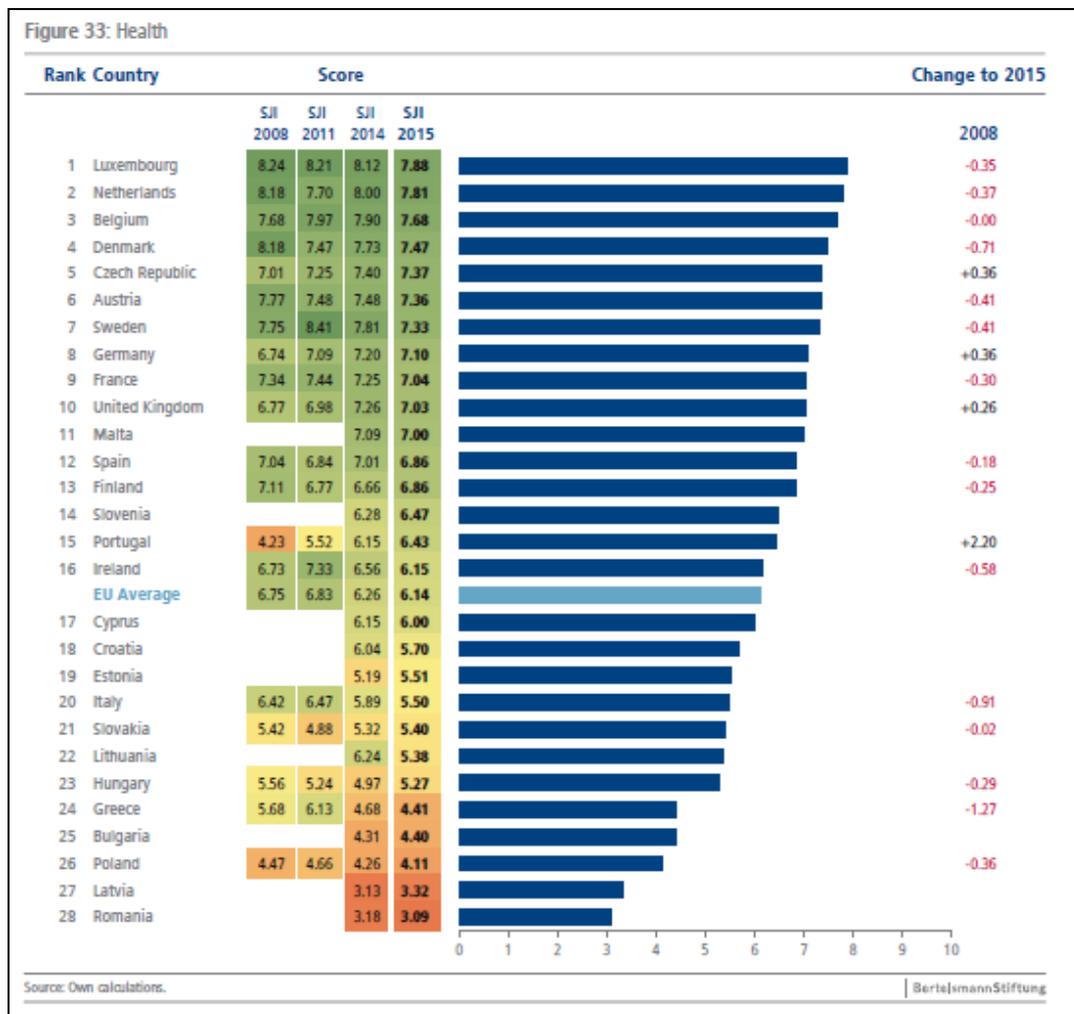
Tratto da Schraad-Tischler (2015), pag. 57.

Figura 2.5: Indice di Giustizia Sociale nei 28 Paesi dell’UE (2015)



Tratto da Schraad-Tischler (2015).

Figura 2.6: Classifica parametro "Salute" nei 28 Paesi dell'UE (2015)



Tratto da Schraad-Tischler (2015).

2.4 Performance & Capitale Intellettuale in Sanità

La soluzione integrata INM

L'utilizzo dei sistemi di misura delle performance (SMP) è diffusamente raccomandato per facilitare l'implementazione delle strategie e migliorare le performance organizzative (Davis e Albright, 2004)²²⁵. Ed ancora, il Capitale Intellettuale (CI) rappresenta la fonte primaria per la creazione di valore e di vantaggio competitivo sostenibile per le organizzazioni (Lev B., 2003)²²⁶.

Lev e Daum (2003)²²⁷ rilevano che i sistemi di controllo di gestione interni e di *reporting* devono fornire una visione maggiormente olistica della realtà organizzativa, tale da consentire agli *stakeholder* ed ai *manager* una valutazione complessiva del sistema di creazione del valore, dei diversi fattori di produzione, *asset*, processi e procedure e la loro diversa combinazione.

Ittner *et al.* (2003)²²⁸, nell'affermare la necessità di integrare il SMP con gli altri sistemi di misura presenti nell'organizzazione, osservano che finora è stata posta poca attenzione nella individuazione dei modi di connettere i SMP con

²²⁵ Davis S., Albright T. (2004). "An investigation of the effect of Balanced Scorecard implementation on financial performance", *Management Accounting Research*, Vol.15/2.

²²⁶ Lev B. (2003). "*Intangibles*", Etas.

²²⁷ Lev B., Daum J.H. (2003). "Intangible Assets and the need for a holistic and more future-oriented approach to enterprise *management* and corporate *reporting*", PMA Intellectual Capital Symposium, Cranfield *Management* Development Centre, Cranfield University, UK.

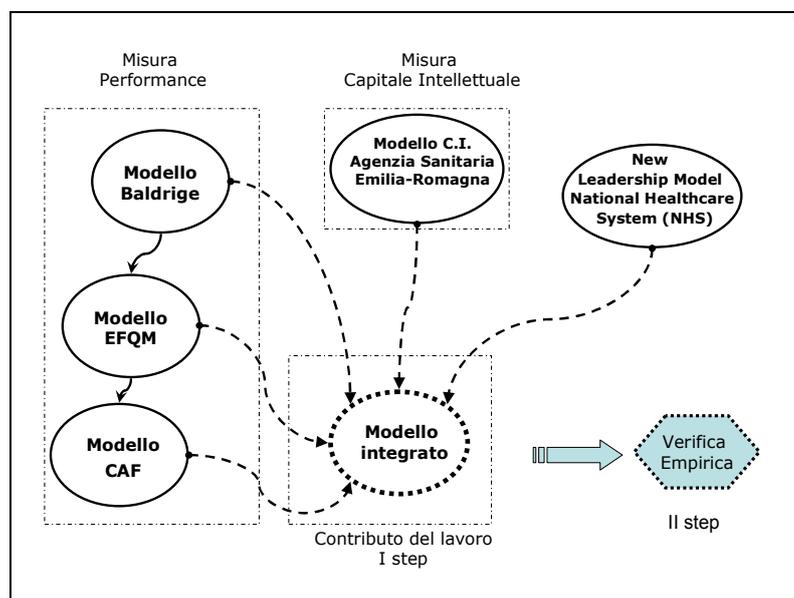
²²⁸ Ittner C.D., Larcker D.F., Meyer M.W. (2003). "Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence Form a Balanced Scorecard", *Accounting Review*, Vol. 78/3.

altri sistemi di misurazione, come per esempio il sistema di contabilità oppure quello di determinazione degli incentivi retributivi.

L'obiettivo primario del lavoro di Pirozzi e Ferulano (2016) è di portare un contributo per colmare il gap, che si ravvisa in letteratura su questo aspetto, proponendo un modello concettuale atto ad integrare un SMP con le funzioni di misura del CI. Tale modello potrà essere utilizzato dal *management* sanitario per la gestione e controllo strategico delle organizzazioni.

La struttura del lavoro è sinteticamente illustrata nella Figura 2.7 – Struttura del lavoro, di seguito riportata.

Figura 2.7: Struttura del lavoro



Tratto da Pirozzi e Ferulano (2016).

Attraverso una *review* della letteratura si sono individuati i due *framework* di riferimento, per la misura delle performance e per la gestione del CI. Per il SMP si farà riferimento al modello *Common Assessment Framework* (CAF), mentre per il secondo si

considererà il modello approntato dalla Agenzia Sanitaria della Regione Emilia Romagna in collaborazione con l'Università di Ferrara (Baccarini *et al.*, 2008)²²⁹.

L'integrazione dei due modelli sarà operata, con riferimento alle organizzazioni sanitarie, confrontando i parametri dei due modelli per rilevare sovrapposizioni e proponendo, laddove necessario, opportune integrazioni.

Framework teorico

Capitale Intellettuale (CI) – definizioni e struttura

Il CI è considerato un *driver* della produzione di valore e delle performance ed un determinante nella definizione della strategia (Grant, 1991; Roos *et al.*, 2001)²³⁰.

Stewart (1997)²³¹ ha definito il CI come "il materiale intellettuale che è stato formalizzato, catturato, ed utilizzato per creare vantaggio competitivo". Kaplan e Norton (2004)²³² hanno sostenuto che gli *asset* intangibili, o capitale intellettuale, sono formati dalla "conoscenza che esiste in un'organizzazione per creare vantaggio competitivo".

²²⁹ Baccarini M., Castellini M., Guercini A.M., Vagnoni E. (2008). "La rappresentazione del Capitale Intellettuale nelle Organizzazioni Sanitarie", Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, Dossier 164-2008.

²³⁰ Grant R.M. (1991). "The Resources-Based Theory of Competitive Advantage: implications for Strategy formulation", *California Management Review*, Vol. 33/3.

Roos G., Bainbridge A., Jacobsen K. (2001). "Intellectual Capital Analysis as a strategic tool", *Strategy and Leadership Journal*, Vol 29/4.

²³¹ Stewart T.A. (1997). "Intellectual Capital: The New Wealth Of Organizations", Doubleday-Currency, New York.

²³² Kaplan R.S., Norton D.P. (2004). "Strategy Maps – converting intangibles assets into tangible outcomes", Harvard Business School Press, Boston, MA.

Bontis (1998, 1999)²³³ osserva che il CI può essere considerato un costrutto concettuale multidimensionale di secondo ordine (Kogut e Zander, 1992)²³⁴, suddiviso in tre sottodomini: Capitale Umano, Capitale Strutturale e Capitale Relazionale. In questo schema il Capitale Umano rappresenta la "conoscenza tacita" (Polanyi, 1967)²³⁵ che è integrata nelle menti delle persone che appartengono all'organizzazione, il Capitale Strutturale è costituito dalle "routine organizzative" (Nelson e Winter, 1982²³⁶; Grant, 1991) ed, infine, il Capitale Relazionale è formato dalla conoscenza integrata nel sistema di relazioni che intercorrono con l'ambiente esterno.

L'analisi del Capitale Intellettuale (CI) nelle organizzazioni sanitarie ha ricevuto pochissima attenzione dai ricercatori e dagli esperti e la letteratura, relativa a questo settore, è di conseguenza molto scarsa (Baccarini *et al.*, 2008; Dumay, 2014²³⁷).

Tra i lavori reperibili in letteratura è stato considerato quello di Habersam e Piber (2003)²³⁸, basato su due casi di studio relativi ad un ospedale Italiano ed uno Austriaco; il lavoro di Garlatti,

²³³ Bontis N. (1998). "Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models", *Management Decision*, Vol. 36/2.

Bontis N. (1999). "Managing organizational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field", *Journal of Technology Management*, Vol.18.

²³⁴ Kogut B., Zander. U. (1992). "Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology", *Organization Science*, Vol. 3.

²³⁵ Polanyi M. (1967). "*The Tacit Dimension*", Anchor Day Books, New York.

²³⁶ Nelson R.R., Winter S.G. (1982). "*An Evolutionary Theory of Economic Change*", Belknap Press/Harvard University Press, Cambridge, MA.

²³⁷ Dumay, J. (2014). "15 years of the Journal of Intellectual Capital and counting: A manifesto for transformational IC research", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 15/1.

²³⁸ Habersam M., Piber M. (2003). "Exploring Intellectual Capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria", *European Accounting Review*, Vol. 12/4.

Massaro e Bruni (2015)²³⁹, basato su un caso di studio relativo all'Ospedale Universitario di Udine, ed infine, lo studio condotto dall'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia-Romagna con il supporto dell'Università di Ferrara. Tale studio appare rilevante e significativo anche per la validazione empirica del modello ivi proposto, effettuata su cinque Aziende Sanitarie: AUSL di Parma, Rimini e Piacenza, IOR di Bologna e l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara (Baccarini M. *et al.*, 2008).

Secondo Guthrie *et al.* (2012)²⁴⁰, la letteratura accademica relativa al CI, nel corso degli ultimi due decenni, si è evoluta in tre diverse fasi. La prima fase si è sviluppata tra la fine degli anni '80 e '90 con lo scopo principale di sviluppare una consapevolezza e condivisione comune circa l'importanza del concetto di CI ed il suo ruolo nel creare e sostenere vantaggi competitivi. Durante la seconda fase, sono stati sviluppati diversi approcci per la misurazione, gestione e sviluppo del CI nel suo complesso o alcuni dei suoi componenti. Verso la metà degli anni 2000 sono stati creati più di 50 diversi metodi di valutazione del CI e questo numero è ancora in crescita (Dumay e Garanina, 2013)²⁴¹.

²³⁹ Garlatti A., Massaro M., Bruni V. (2015), "Intellectual Capital evaluation in a health care organization. A case study", paper presented at the *XIX IRSPM Conference - E102 Accountability in the Health Care Sector: Beyond the Blame Game*, 30 March-1 April, Birmingham, UK.

²⁴⁰ Guthrie, J., Ricceri, F. and Dumay, J. (2012). "Reflections and projections: A decade of Intellectual Capital Accounting Research", *The British Accounting Review*, Vol. 44 Issue 2.

²⁴¹ Dumay, J. and Garanina, T. (2013). "Intellectual Capital research: A critical examination of the third stage", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 14/1.

Più di recente, gli sforzi di ricerca, relativi al CI, sono stati diretti all'analisi critica delle implicazioni manageriali su come utilizzarlo nella gestione di organizzazioni.

Secondo Guthrie *et al.* (2012) questi sforzi hanno dato luogo alla nascita della cosiddetta "terza fase". Gli stessi autori hanno indicato la data di pubblicazione dell'edizione 2004 (*Special Edition*) del *Journal of Intellectual Capital* (JIC), dal titolo "*IC at the crossroads - theory and research*", come l'anno in cui la terza fase è iniziata (Marr e Chatzel, 2004)²⁴².

Mentre gli sforzi spesi nella seconda fase sono principalmente orientati a valutare la relazione tra le componenti del CI ed i risultati finanziari dell'organizzazione, gli studi effettuati nella terza fase sono dedicati ad un'analisi più approfondita delle implicazioni manageriali derivanti dalla gestione del CI in diverse organizzazioni (Dumay e Garanina, 2013).

La terza fase è proseguita con altri contributi significativi (Mouritsen, 2006; Mouritsen e Roslender, 2009; Roslender e Stevenson, 2009; Dumay, 2009a, 2009b; Cuganesan e Dumay (2009) e Roslender (2009))²⁴³, così che Guthrie *et al.* (2012)

²⁴² Marr B., Chatzkel J. (2004). "Intellectual Capital At The Crossroads: Managing, Measuring, And Reporting of IC", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 5/2.

²⁴³ Mouritsen J. (2006). "Problematizing Intellectual Capital Research: Ostensive Versus Performative IC", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 19.

Mouritsen J., Roslender R. (2009), "Critical Intellectual Capital", *Critical Perspectives On Accounting*, Vol. 20/7.

Roslender R., Stevenson J. (2009). "Accounting For People: A Real Step Forward Or More A Case Of Wishing And Hoping?", *Critical Perspectives On Accounting*, Vol. 20.

Dumay, J. (2009a). "Intellectual Capital Measurement: A Critical Approach", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 10/2.

Dumay J. (2009b). "Reflective Discourse About Intellectual Capital: Research And Practice", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 10/4.

hanno concluso che "la terza fase sta iniziando a guadagnare notevole impeto e sarà interessante vedere come si sviluppa nel corso degli anni a venire."

La dimensione dinamica del Capitale Intellettuale (CI)

Secondo il paradigma della *Resources Based View* i vantaggi competitivi delle imprese vengono originati dagli *asset* basati sulla conoscenza ed il modo in cui essi sono sviluppati.

Questa comprensione dà luogo allo sviluppo di un altro concetto nella gestione strategica: la capacità dinamica, che è "la capacità di realizzare nuove forme di vantaggio competitivo attraverso l'appropriato adattamento, l'integrazione, e la riconfigurazione organizzativa delle capacità, delle risorse e delle competenze per soddisfare i requisiti di un ambiente che cambia continuamente" (Marr e Roos, 2005; Teece, Pisano e Shuen, 1997)²⁴⁴.

Viedma (2007)²⁴⁵ ha sottolineato che la creazione e lo sfruttamento del valore sono sia *resources-oriented* e sia *activities-oriented*. Pertanto, è opportuno non solo per focalizzare l'attenzione su quali risorse intangibili sono importanti al fine di raggiungere il successo, ma anche quali sono le attività di base

Cuganesan S., Dumay J.C. (2009), "Reflecting On The Production Of Intellectual Capital Visualisations", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 22.

Roslender R. (2009). "The Prospects For Satisfactorily Measuring And Reporting Intangibles:Time To Embrace A New Model Of (Ac)Counting?", *Journal Of Human Resource Costing & Accounting*, Vol. 13.

²⁴⁴ Marr B., Roos G. (2005), "A Strategy Perspective on Intellectual Capital", in Marr, B. (Ed.), *Perspectives on Intellectual Capital*, Elsevier, Burlington, MA.

Teece D.J., Pisano G., Shuen A. (1997). "Dynamic Capabilities and Strategic Management", *Strategic Management Journal*, Vol. 18/7.

²⁴⁵ Viedma J.M. (2007). "In Search of an Intellectual Capital Comprehensive Theory", *The Electronic Journal of Knowledge Management*, Vol. 5/2.

che devono essere attivate. In altre parole, sviluppare "una conoscenza più approfondita di come il CI funziona, piuttosto su cosa è il CI" risulta molto importante (Dumay e Garanina, 2013). Pertanto, sembra non solo opportuno indagare le risorse interne dell'organizzazione, ma anche il modo in cui esse vengono utilizzate all'interno dell'organizzazione stessa, al fine di creare valore e ottenere vantaggi competitivi (Haanes e Fjeldstad, 2000)²⁴⁶.

Secondo Stam (2010)²⁴⁷, nella recente letteratura relativa al CI si rileva il passaggio da una predominante identificazione statica delle diverse risorse intangibili verso una interpretazione dinamica della creazione del valore.

Stam (2010) ha sottolineato che il carattere dinamico delle interazioni tra i componenti di IC è stato già identificato da vari autori (Brooking, 1996; Sveiby, 1997; Edvinsson e Malone, 1997; Stewart, 1997)²⁴⁸. Tuttavia, il loro interesse prevalente era molto più orientato verso l'identificazione e la misurazione delle diverse classi di beni intangibili piuttosto che indagare la loro interrelazione.

²⁴⁶ Haanes, K., Fjeldstad Ø. (2000). "Linking Intangible Resources and Competition", *European Management Journal*, Vol. 18/1.

²⁴⁷ Stam C.D. (2010). "Ideas and things: understanding the dynamic dimension of Intellectual Capital", in *European Conference on Intellectual Capital Proceedings* in Lisbona, 2010, Portugal.

²⁴⁸ Brooking A. (1996). "Intellectual Capital: Core Assets for the Third Millennium Enterprise", Thompson Business Press, London.

Sveiby K.E. (1997). "The New Organizational Wealth: Managing And Measuring Knowledge- Based Assets", Berrett-Koehler, New York.

Edvinsson L., Malone M. (1997). "Intellectual Capital", Harper Business, New York.

IC nelle organizzazioni non-profit, pubbliche e sanitarie.

Secondo la classificazione internazionale delle organizzazioni non-profit (ICNPO), raccomandato dal manuale sulle istituzioni senza scopo di lucro (United Nations, 2003)²⁴⁹, le organizzazioni non-profit (NPO) sono classificate a seconda dell'area principale di attività. La classificazione ICNPO è stata realizzata dividendo le NPO in 12 principali gruppi diversi che, a loro volta, sono ulteriormente suddivisi in 24 sottogruppi. I dodici gruppi principali spaziano dai settori NPO di "cultura e tempo libero", "Istruzione e Ricerca", "salute", ai settori di "religione", "associazioni imprenditoriali e di categoria, sindacati" e finisce con l'ultimo gruppo denominato "non classificati altrove". Le caratteristiche dei dodici gruppi NPO, incluse nella ICNPO, sono molto diverse in termini di profilo di missione, la comunità di utenti *target*, la natura dei servizi e il modo in cui è organizzata la loro erogazione.

Inoltre, vi sono altre organizzazioni, pur non perseguendo scopi di lucro, non possono essere considerate strettamente appartenenti a organizzazioni *non profit*. Questo è il caso degli enti pubblici a livello centrale nazionale (Stato e istituzioni governative) e locali (Regioni, Province e altri enti pubblici locali). Inoltre, ci sono organizzazioni diverse che agiscono nello stesso settore NPO, ad esempio il settore sanitario, che pur fornendo servizi simili, rimangono dissimili per la proprietà, pubblica o

²⁴⁹ United Nations (2003). "Handbook of National Accounting: Handbook on Non-Profit Institutions in the System of National Accounts", Series F, No. 91, United Nations Publications, New York.

privata, che guida le loro operazioni e stabilisce vincoli specifici per la rispettiva gestione. Infatti, mentre le organizzazioni sanitarie pubbliche, come le Aziende Ospedaliere Universitarie, non agiscono a scopo di lucro, quelle che sono di proprietà privata operano in concorrenza con altre organizzazioni simili, al fine di generare profitti per i loro azionisti. Detto questo, le organizzazioni sanitarie, indipendentemente dalla proprietà pubblica o privata, sono obbligati, allo stesso modo, dalle autorità pubbliche (Governo, Regione) al rispetto dei principi generali che regolano la fornitura di servizi pubblici e dei servizi sanitari.

Le NPO sono state tradizionalmente considerate come organizzazioni autogestite connotate da un ampio uso delle risorse umane "volontari". Inoltre, esse hanno una presenza istituzionale e la struttura separata dal governo (Kong, 2003)²⁵⁰.

Nel 1980 è apparso, nel settore pubblico, un nuovo approccio al *management* c.d. *New Public Management* (NPM), influenzando in maniera rilevante le NPO. Questo evento ha cambiato drasticamente la cultura organizzativa che fino allora aveva connotato le NPO, dando origine all'applicazione delle pratiche di *management* mutate dal settore delle imprese private (Courtney, 2002)²⁵¹ e alla loro conseguente diffusione veloce e pervasiva all'interno della società ed organizzazioni pubbliche. Il NPM ha costretto la maggior parte dei paesi occidentali ad

²⁵⁰ Kong E. (2003). "Using Intellectual Capital as a Strategic Tool for Non-profit Organisations", *International Journal of Knowledge Culture and Change Management*, Vol. 3.

²⁵¹ Courtney R. (2002). "*Strategic management for voluntary non-profit organisations*", Routledge, London.

adottare una particolare attenzione per rendere le organizzazioni che operano nel settore pubblico *"più snelle e competitive, allo stesso tempo, cercando di rendere la pubblica amministrazione più rispondente alle esigenze dei cittadini"*, offrendo rapporto qualità-prezzo, flessibilità nella scelta e trasparenza (OECD, 1993)²⁵². Questo movimento è stato presentato dalla comunità accademica come *"New Public Management"* o NPM (Hood, 1991)²⁵³.

Hood (1991) ha osservato: "Come molte filosofie amministrative precedenti, il NPM è stato presentato come un quadro d'applicabilità generale, una *'gestione pubblica per tutte le stagioni'*". Secondo Hood (1991), tra le critiche che sono state mosse al NPM è che *"ha danneggiato il servizio pubblico pur rimanendo inefficace nel realizzare il suo principale obiettivo di riduzione dei costi a parità di unità di servizio"*.

Le organizzazioni pubbliche sono spesso sistemi ad elevata intensità di conoscenza, e la valutazione e la gestione del CI giocano un ruolo fondamentale nel governare le dinamiche di creazione del valore (Veltri *et al.*, 2011)²⁵⁴. Tuttavia, le questioni relative alla misurazione e lo sviluppo di CI in organizzazioni pubbliche sembrano aver ricevuto scarsa attenzione dagli studiosi, rispetto alla letteratura sviluppata per il settore privato (Massaro *et al.*, 2015).

²⁵² OECD (1993). *"Public management developments: survey"*, OECD, Paris.

²⁵³ Hood C. (1991). "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Vol. 69/1.

²⁵⁴ Veltri S., Bronzetti G., Sicoli G. (2011). *"Reporting Intellectual Capital in healthcare organizations: Specifics, Lessons learned, and future research perspectives"*, *Journal of Health Care Finance*, Vol. 38/2.

Bovaird e Löffler (2005)²⁵⁵, hanno definito "public management" un approccio che "*uses managerial techniques (often originating in the private sector) to increase the value for money achieved by public services*". Pertanto questo concetto agisce in due contesti molto diversi:

- organizzazioni del settore pubblico;
- organizzazioni di servizi pubblici, sia nei settori pubblici, volontariato o privati.

Il concetto di "*public governance*" è stato definito dagli stessi autori come "*the way in which stakeholders interact with each other in order to influence the outcomes of public policies*".

Il modo in cui i concetti sopra evidenziati sono concepiti ed evolvono nel tempo, impone alcuni vincoli nella gestione di un ente pubblico. Infatti, la gestione strategica delle organizzazioni pubbliche di solito è influenzata dal contesto politico in cui le organizzazioni pubbliche funzionano. Tra i principali fattori che influenzano la gestione strategica di un ente pubblico vi sono le seguenti (Bovaird e Löffler, 2005):

- il ruolo dei politici, che spesso si scontrano apertamente sui grandi temi strategici;
- l'interazione tra politici e altri gruppi di interesse;
- la pressione a prendere decisioni orientate al breve termine (*short-termism*) derivanti dall'accadimento periodico delle elezioni amministrative e politiche.

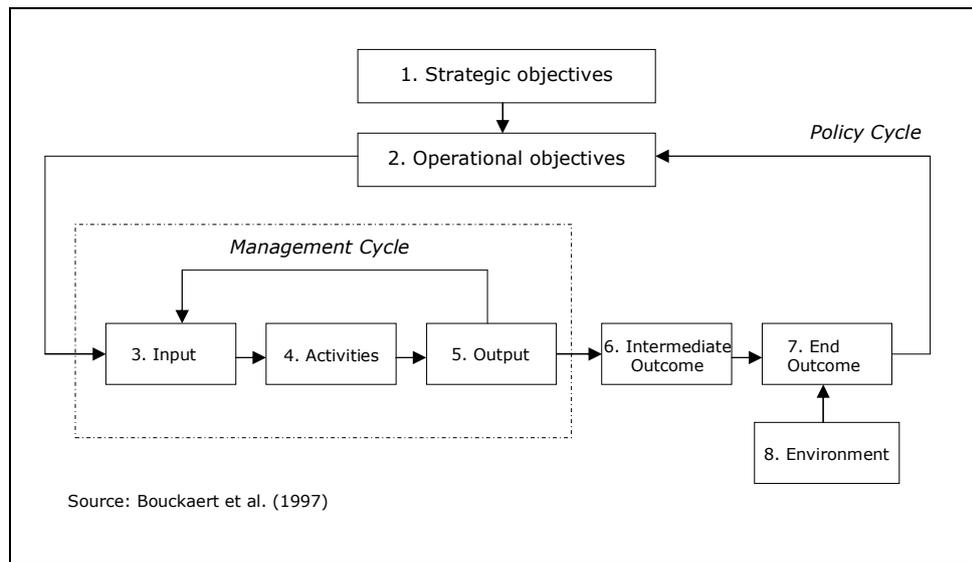
²⁵⁵ Bovaird T., Löffler E. (eds.), (2005). "*Public Management and Governance*", Routledge-Taylor & Francis e-Library, London.

La misurazione delle prestazioni può essere influenzata anche dal contesto politico. Bouckaert *et al.* (1997)²⁵⁶ hanno affermato che un ente pubblico può essere rappresentato, da un punto di vista sistemico, come una scatola nera che, a fronte di un insieme di risorse (*input*) forniti dal governo, produce un insieme di servizi (*output*) che determinano una serie d'effetti sulla società (*intermediate outcome*). Questi, a loro volta, provocano una serie di risultati finali (*end outcome*) sulla società. Mentre il *Management Cycle* è normalmente focalizzato sulla misurazione delle variabili di input/output, ed è guidato da queste ultime (*Management Cycle*), il risultato finale viene valutato dal livello politico (*Policy Cycle*) che genera azioni di *feedback* per guidare il *Management Cycle*.

Sembra opportuno ricordare che gli effetti diretti sulla società (*intermediate outcome*) non sembrano essere monitorati né dal *Management Cycle* né dal *Policy Cycle*. Questo determina un aspetto molto critico di questa soluzione organizzativa, consistente nel fatto che un intervallo di tempo molto lungo potrebbe intercorrere tra il momento in cui viene aggiornata la *delivery* del servizio (*output*) e la comparsa del risultato finale (*end outcome*). In questo modo, può essere difficile stabilire il nesso di causalità tra l'*output* ed il risultato finale (Bovaird e Löffler, 2005).

²⁵⁶ Bouckaert G., Auwers T., Van Reeth W. and Verhoest K. (1997). "Handboek Doelmatigheidsanalyse: prestaties begroten", Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel.

Figura 2.8 – Il ciclo Politico ed il ciclo di *Management*



Lo schema proposto da Bouckaert *et al.* (1997) dà alcuni suggerimenti importanti su come affrontare la sfida della realizzazione dell'INM. La fase II di sviluppo INM, infatti, dovrebbe prendere in considerazione la mancata corrispondenza temporale che si verifica tra la fornitura di servizi sanitari (*output*) e il sorgere dei risultati finali (*end outcome*). Queste considerazioni pongono il problema circa la necessità di una tempestiva individuazione dei "*intermediate results*" e la successiva attivazione d'azioni correttive qualora necessarie.

Per esempio, "il numero di pazienti trattati e dimessi da un (*output parameter*) ospedale mentale non è la stessa della percentuale di pazienti dimessi capaci di vita indipendente (*outcome indicator*)" (Hatry, 1999)²⁵⁷.

²⁵⁷ Hatry H.P. (1999). "*Performance measurement: getting results*", The Urban Institute Press, Washington D.C..

Per questo motivo potrebbe essere opportuno definire il *management* come responsabile non solo per il monitoraggio e il controllo delle variabili d'ingresso/uscita, ma anche per la tempestiva rilevazione degli effetti diretti di servizi forniti dall'organizzazione (*intermediate outcome*).

Questo richiede, tuttavia, competenze e conoscenze specifiche che dovrebbero essere disponibili all'interno dell'organizzazione sanitaria e mantenute nel tempo attraverso seminari e corsi di formazione per il personale coinvolto.

Nelle organizzazioni *non profit* (NPO) gli aspetti finanziari sono meno importanti degli aspetti umani e sociali. In effetti, la missione delle NPO è quello di fornire servizi e dove, quindi, tenersi in contatto con gli utenti finali è cruciale. In questo tipo di ambiente lavorativo è fondamentale il ruolo svolto dalle risorse umane in termini di competenze e capacità del personale di comunicare con persone e altri colleghi (Bronzetti *et al.*, 2011)²⁵⁸.

Nelle NPO, infatti, è importante la creazione di un percorso di comunicazione con tutti gli *stakeholder*, sia interni che esterni, mediando le diverse aspettative espresse. Al fine di attuare questo processo di comunicazione è necessario fare leva sulla cultura organizzativa e la responsabilizzazione del personale (Kong, 2007)²⁵⁹.

²⁵⁸ Bronzetti G., Mazzotta R., Puntillo P., Silvestri A., Veltri S. (2011). "*Intellectual Capital Reporting Practices in the Non-Profit Sector*", Virtus Interpress, Sumy, Ukraine.

²⁵⁹ Kong E. (2007). "The strategic importance of Intellectual Capital in the non profit sector", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 8/4.

IC in sanità, innovazione e leadership

La recessione economica globale, causata dalla crisi dei mutui *subprime* negli USA, dando luogo alla crisi della Eurozona ed alla perdurante stagnazione economica (Decker S., 2015; Simonazzi, 2015)²⁶⁰, ha posto al centro dell'attenzione la sostenibilità economica e fiscale dei sistemi sanitari pubblici. Ciò ha comportato la richiesta al *management* delle organizzazioni sanitarie pubbliche di ottenere più valore a parità, o anche minori, risorse finanziarie impiegate.

Ciò richiede fare leva sulle componenti del CI, al fine di aumentare l'efficienza e l'efficacia delle organizzazioni sanitarie attraverso iniziative di cambiamento e d'innovazione adattivi.

Come è stato già rilevato in precedenza, l'analisi del CI nelle organizzazioni sanitarie ha ricevuto poca attenzione da ricercatori ed esperti, così che la letteratura relativa a questo campo è quindi scarsa. Ciò ha limitato il numero di lavori presi in considerazione dal lavoro (Baccarini *et al.*, 2008; Habersam e Piber, 2003; Garlatti, Massaro e Bruni, 2015).

Nonostante la scarsità di studi sul CI, relativi al settore delle organizzazioni sanitarie, non vi è dubbio che il CI è un tema emergente per questa tipologia di organizzazioni. Ciò è dovuto principalmente al fatto che le organizzazioni sanitarie operano in regime di elevata intensità di conoscenza (*knowledge intensive*),

²⁶⁰ Simonazzi A. (2015). "Italy's long stagnation", in Lehndorff S. (editor) "Divisive integration - the triumph of failed ideas in Europe", European Trade Union Institute (ETUI), Brussels.

ed, inoltre, le politiche di austerità le costringono ad utilizzare le risorse non finanziarie al fine di compensare la riduzione del finanziamento pubblico (Garlatti, Massaro e Bruni, 2015). Inoltre, vi è una crescente domanda da parte della società civile, per la trasparenza e la misurazione delle prestazioni, al fine di migliorare la qualità dei servizi e perseguire con successo la sostenibilità economica e quella fiscale delle organizzazioni sanitarie (Thomson, Foubister e Mossialos, 2009).

I fattori chiave per il successo dei sistemi sanitari sono una cultura dell'eccellenza delle prestazioni, la responsabilità per il raggiungimento dei risultati e l'attuazione di un modello di *leadership* efficace ed appropriato.

La mancanza di una cultura uniforme tra gli ospedali, la resistenza interna al cambiamento culturale e la mancanza d'impegno sul tema della *leadership*, rappresentano fattori che creano barriere al miglioramento delle prestazioni (Yonek *et al.*, 2010)²⁶¹. Conclusioni simili sono state prodotte da studi relativi a organizzazioni sanitarie con elevate prestazioni (Baker *et al.*, 2008)²⁶² e modelli di cambiamento trasformatore nei sistemi sanitari (Lukas *et al.*, 2007)²⁶³. In particolare, la qualità della *leadership* messa in campo, soprattutto quando si deve rispondere

²⁶¹ Yonek J., Hines S. and Joshi M. (2010). "A guide to achieving high performance in multihospital health system", *Health Research & Educational Trust*. Chicago, IL, available at: www.hret.org/resources/6800002130.

²⁶² Baker G.R., MacIntosh-Murray A., Porcellato C., Dionne L., Stelmachovich K., Born K. (2008). "*High performing healthcare systems: delivering quality by design*", Longwoods Publishing, Toronto, Ontario.

²⁶³ Lukas C.V., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J., Cramer I.E., Shwartz M., Charns M.P. (2007). "Transformational change in health care systems: an organizational model", *Health Care Management Review*, Vol. 32/4.

al continuo *trade-off* tra la coerenza manageriale e la capacità organizzativa di innovare (Yonek *et al.*, 2010).

Secondo Kotter (1990)²⁶⁴, il *management* e la *leadership* sono concetti molto diversi. Infatti, il *management* è dedicato alla pianificazione e *budgeting*, organizzazione e personale, il controllo ed il *problem solving*; viceversa, la *leadership* è focalizzata sull'indicazione di una direzione, allineare le persone, motivandole e stimolandole al raggiungimento degli obiettivi.

Pertanto, mentre il *management* è coinvolto nelle operazioni quotidiane utilizzando le tecniche tradizionali, la *leadership* è responsabile di guidare l'organizzazione attraverso il cambiamento e l'innovazione.

IC nel settore sanitario e Innovazione

Secondo Subramaniam e Youndt (2005)²⁶⁵, vi è un ampio consenso sul fatto che la capacità dell'organizzazione di innovare è strettamente legata alla sua capacità di utilizzare le sue risorse intangibili basate sulla conoscenza, vale a dire il proprio Capitale Intellettuale (CI).

Considerando la natura del "A.O.U. Federico II ", cioè una struttura ospedaliera che opera allo stesso tempo nell'insegnamento universitario e della ricerca scientifica, è importante che nell'attuazione dell'*Integrated New Model* (INM) vengano considerati i rapporti tra CI, da un lato, e dall'altro lato

²⁶⁴ Kotter J. (1990). "A Force for Change: How Leadership Differs from Management", Free Press, New York.

²⁶⁵ Subramaniam M., Youndt M.A. (2005). "The influence of Intellectual Capital on the types of Innovative capabilities", *Academy of Management Journal*, Vol. 48/3.

la ricerca scientifica e l'innovazione. Qui, l'innovazione è considerata nelle tre forme in cui essa emerge, cioè l'innovazione di prodotto/servizio, tecnologico e organizzativo (Edquist, 2001). Di recente, gli studiosi dell'innovazione hanno proposto l'"*Open Innovation Model*" (Chesbrough, 2003)²⁶⁶.

Questo modello d'innovazione considera la "permeabilità" dei confini dell'organizzazione ai flussi *in-out* di conoscenza, sia "tacita" e sia "codificata" (Polanyi, 1967).

Il c.d. "*Open Innovation Model*" rispecchia il fatto che la conoscenza e la tecnologia stiano diventando sempre più diffuse così che lo sviluppo di nuovi prodotti/servizi e di tecnologie trae beneficio da conoscenze e competenze provenienti da più sorgenti, sia interne che esterne (Melese *et al.*, 2009)²⁶⁷.

Le implicazioni dell'*Open Innovation Model* pongono alcuni requisiti specifici per l'attuazione del sistema INM qui illustrato (INM - Fase II). Per esempio, è necessario tenere traccia dei flussi *in-out* di conoscenza, sia "tacita" e sia "codificata".

Il monitoraggio e il controllo dei flussi *in-out* della conoscenza tacita coinvolgono direttamente le funzioni strategiche di gestione delle risorse umane (SHRM). Pertanto, l'implementazione di questa funzione, per quanto riguarda la conoscenza tacita, richiederebbe un'opportuna modifica al criterio "Capitale Individuale" integrato nell'*Integrated New Model* (INM).

²⁶⁶ Chesbrough H.W. (2003). "*Open Innovation: The New Imperative for Creating And Profiting from Technology*", Harvard Business School Press, Boston.

²⁶⁷ Melese T., Lin S.M., Chang J.L., Cohen N.H. (2009). "Open innovation networks between academia and industry: an imperative for breakthrough therapies", *Nature Medicine*, Vol. 15/5.

Inoltre, il follow-up dei flussi in-out della conoscenza codificata richiede alcune disposizioni specifiche nei confronti delle Unità funzionali "Affari Legali" e del dipartimento/ufficio responsabile per l'Innovazione". Questo suggerisce un'ulteriore analisi indirizzata all'individuazione di specifici indicatori di performance per il *management* delle unità funzionali sopra genericamente riferite.

IC e iniziative di riorganizzazione

L'attuale tendenza emergente nelle organizzazioni sanitarie a perseguire la riduzione dei costi fissi riducendo il personale interno, ivi compresi i medici ed il personale infermieristico, è di estrema importanza per la gestione e misura del CI. Questa riduzione dei costi fissi è implementata adottando soluzioni come l'*outsourcing*, il *downsizing* e/o contratti di lavoro temporanei. La perdita di conoscenza tacita ed i "costi nascosti" di tali politiche sono state chiaramente identificate in letteratura. Spesso i dipendenti chiave ed i *top performer* lasciano l'azienda durante le iniziative di *downsizing*, privando l'impresa di Capitale Umano prezioso, capacità fondamentali e memoria istituzionale (Entrekin e Court, 2001)²⁶⁸. Come ha sottolineato Pfeffer (1998)²⁶⁹, le organizzazioni che hanno investito nel reclutamento, selezione, formazione e sviluppo del proprio personale, rischiano di perdere i loro investimenti ed, inoltre, rischiano di mettere sul mercato del

²⁶⁸ Entrekin L., Court M. (2001). "Human Resource *Management* practice: Adaptation and change in an age of globalization", Working Paper No. 2, *Management and Corporate Citizenship Programme (MCC)*, International Labour Office, Geneva.

²⁶⁹ Pfeffer J. (1998). "*The human equation: Building profits by putting people first*", Harvard *Business School Press*, Cambridge, Massachusetts.

lavoro importanti risorse umane strategiche che le organizzazioni concorrenti possono acquisire ed utilizzare.

Tenendo conto delle considerazioni sopra evidenziate, relative al cambiamento e gestione dell'innovazione ed ai loro rapporti con IC e *Leadership*, l'attuazione dell'INM dovrebbe prendere in considerazione le prescrizioni derivanti dal *framework* teorico relativo ai campi di ricerca dell'Innovazione, *Change Management* e *Leadership*.

Per questo motivo, il presente lavoro ha modificato il criterio *Leadership* del modello CAF, utilizzando un modello di *leadership* recentemente originato dalla *National Health System* (NHS) del Regno Unito e specificamente orientato alle organizzazioni sanitarie (Storey e Holti, 2013)²⁷⁰.

Sistemi di Misura e Gestione delle Performance (SMP)

Un SMP deve comprendere almeno un insieme di misure, di tipo finanziario e non finanziario, utilizzate per rendere operativi gli obiettivi definiti a livello strategico (Franco-Santos *et al.*, 2012)²⁷¹. Ed ancora, un'organizzazione esibisce elevate performance se *"raggiunge risultati finanziari e non-finanziari migliori rispetto a quelli conseguiti da organizzazioni simili, conservando questa caratteristica in un arco di tempo*

²⁷⁰ Storey J., Holti R. (2013). "Leadership for the NHS", NHS - Leadership Academy, available at: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk>.

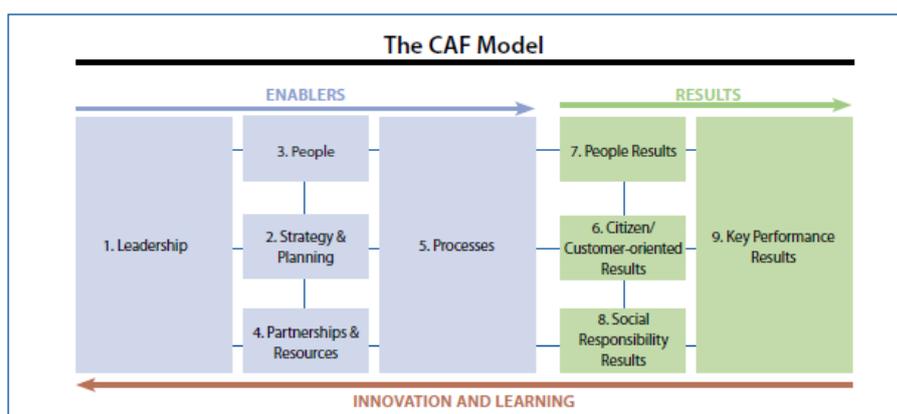
²⁷¹ Franco-Santos M., Lucianetti L., Bourne M. (2012). "Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research", *Management Accounting Research*, Vol 23/2.

ragionevolmente lungo, cioè tra i cinque ed i dieci anni" (de Waal, 2010)²⁷².

Modello Common Assessment Framework (CAF).

Il modello CAF è stato indicato dal CIVIT²⁷³ come uno dei modelli, insieme a BSC e PRISM, suggerito per la valutazione delle performance delle organizzazioni sanitarie. Esso è basato sull'approccio di *Total Quality Management (TQM)*, quest'ultimo a sua volta messo a punto per l'industria manifatturiera, quindi traslato al settore dei servizi e successivamente al settore pubblico.

Figura 2.9: Modello *Common Assessment Framework (CAF)*



Tratto da "CAF 2013 - European CAF Resources Centre - EIPA".

In ambito europeo i modelli di riferimento sono principalmente due: il modello EFQM (*Europe Foundation for Quality Management*), che è stato parzialmente adattato, a sua

²⁷² de Waal A. (2010). "The characteristics of a High Performance Organization", available at: <http://www.hpocenter.nl/wp-content/uploads/2013/07/Research-paper-Thecharacteristics-of-a-HPO-HPO-Center-January-20102.pdf>.

²⁷³ Commissione per la Valutazione, la Trasparenza e l'Integrità delle Amministrazioni Pubbliche (CIVIT), Delibera n. 89/2010 - Indirizzi in materia di parametri e modelli di riferimento del Sistema di misurazione e valutazione della performance (rif. Dlgs nr. 150 del 27 ottobre 2009, articoli 13, comma 6 -lett. d, ed art. 30). Vedi anche successive Delibere CIVIT nr. 104 e nr. 114 del 2010.

volta, dal modello "*Malcom Baldrige Award*" adottato in USA, ed il *Common Assessment Framework (CAF)*.

La struttura del CAF è rappresentata da 9 Criteri e 28 sottocriteri. Tale schema è fondato sulla premessa che i risultati eccellenti, valutati secondo le prospettive organizzativa, cittadino-utente, risorse umane e società, sono assicurati attraverso la *leadership* che guida efficacemente la strategia e pianificazione, risorse umane e processi.

I due modelli, EFQM e CAF, condividono lo stesso schema concettuale, così come esso è rappresentato nella figura sopra riportata. In sostanza il modello CAF, rispetto ai modelli EFQM e Malcom Baldrige, presenta un approccio meno sistematico e richiede meno impegno per la sua applicazione. Per questo motivo esso è consigliato per l'autovalutazione di quelle organizzazioni della pubblica amministrazione che iniziano ad accostarsi al tema della qualità totale e della valutazione delle performance (Bovaird, Löffler, 2003).

Nel modello CAF sono indicati cinque Criteri, definiti *ENABLERS*, che possono essere considerati fattori critici di successo: *Leadership, Policy & Strategy, People Management, Partnership & Resources, Processes*. Sono inseriti, quindi, i quattro criteri *RESULTS* relativi a quattro diverse categorie di risultati orientati rispettivamente alle persone, ai clienti, all'impatto sulla società, alle principali prestazioni dell'organizzazione. Il CAF è uno strumento generico ed è raccomandabile, quindi, una sua

personalizzazione prima del suo utilizzo, lasciando però inalterata la struttura dei 9 criteri e 28 sotto-criteri, il sistema di punteggio e seguire le linee guida (European CAF 2006)²⁷⁴.

Misura delle performance in Sanità

Il campo di studio relativo ai SMP delle organizzazioni sanitarie ha visto emergere, negli ultimi due decenni, il tema della gestione della qualità (Nabitz *et al.*, 2000)²⁷⁵. Il progetto di ricerca ExPeRT²⁷⁶ ha accertato che nei Paesi dell'Europa Occidentale sono utilizzati quattro principali modelli per l'accertamento della qualità dei servizi sanitari: l'adozione di standard di qualità ISO (*International Organization for Standardization*), sistemi di accreditamento specifici per la sanità, visite di esperti esterni (valutazione *inter-pares*), ed infine, l'approccio EFQM che risulta anche il più generico tra i quattro approcci individuati.

I diversi modelli riflettono lo scopo originale che li ha rispettivamente generati: le performance professionali (visite esperti esterni), erogazione di servizi sanitari (accreditamento), sistemi di gestione (EFQM) e sistemi di qualità (ISO). Tutti i quattro modelli si sono mossi, negli ultimi due decenni, verso

²⁷⁴ European CAF Resources Centre (2006). "CAF 2006 - The Common Assessment Framework (CAF) - Improving Public Organisations through Self-Assessment", EIPA, available at: https://www.eipa.eu/files/File/CAF/Brochure2006/English_2006.pdf.

²⁷⁵ Nabitz U., Klazinga N., Walburg, J. (2000). "The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with EFQM approach in Health Care", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.12/3.

²⁷⁶ Il progetto ExPeRT (1996-99 - BIOMED Research Program) è stato finanziato dall'Unione Europea, allo scopo di incentivare lo scambio di esperienze nei sistemi esterni di miglioramento della qualità in sanità, definire meccanismi per raccogliere e diffondere *knowhow* sui medesimi, ed infine definire un comune *framework* concettuale e criteri per gli standard dei servizi sanitari.

standard comprensivi degli aspetti relativi all'organizzazione, *management* e performance cliniche (Shaw, 2000)²⁷⁷.

Il carattere di genericità del modello EFQM non interferisce con il carattere duale della cultura organizzativa, professionale e *management*, che è tipica d'ogni organizzazione sanitaria. I motivi che spiegano, però, la popolarità del EFQM nelle organizzazioni sanitarie dell'Europa Occidentale sono, allo stesso tempo, i suoi punti deboli. La sua genericità, infatti, non lo rende abbastanza specifico per indirizzare tutte le aree di una organizzazione sanitaria, anche se esso può rappresentare un *framework* concettuale generale che può essere accettabile per le diverse culture esistenti, cioè quella di *management*, professionale e *staff* (Nabitz *et al.*, 2000).

In letteratura, quindi, non si rileva un sostanziale consenso circa i concetti e le definizioni che sono alla base del costrutto concettuale di SMP per le organizzazioni sanitarie, mentre si riscontra un visione condivisa relativa al suo ciclo di vita. Quest'ultimo risulta, infatti, definito in quattro fasi tipiche (Adair *et al.*, 2006b):

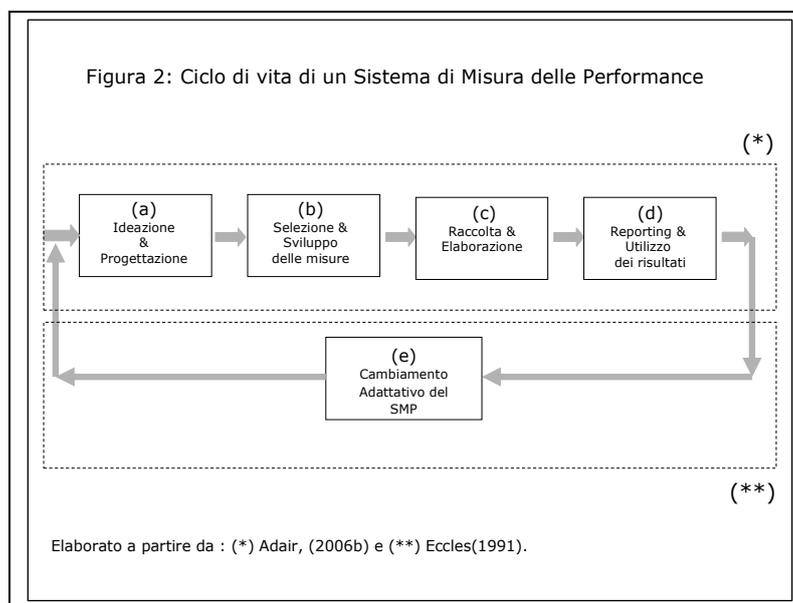
- (a) Concettualizzazione,
- (b) Selezione e/o sviluppo delle misure,
- (c) Raccolta ed elaborazione,
- (d) *Reporting* ed Utilizzo dei dati.

²⁷⁷ Shaw C.D. (2000). "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12/3.

In accordo a Eccles (1991)²⁷⁸, i SMP devono essere continuamente adattati, dopo la loro messa a regime, in accordo alle evoluzioni del contesto competitivo nel quale opera l'organizzazione.

Si può ritenere, quindi, necessario una ulteriore fase: (e) Cambiamento adattativo del SMP. In questa prospettiva il ciclo di vita di un SMP si può considerare strutturato come nella figura di seguito riportata.

Figura 2.10: Ciclo di vita di un SMP



L'introduzione dei SMP nelle organizzazioni sanitarie è caratterizzato da alcuni punti qualificanti: la complessità di questa attività, la necessità di adottare approcci cooperativi per ottenere migliori livelli di consenso all'interno delle organizzazioni sanitarie,

²⁷⁸ Eccles R.G. (1991). "The performance measurement manifesto", *Harvard Business Review*.

ed infine l'esigenza di un migliore consolidamento delle esperienze effettuate (Adair *et al.*, 2003)²⁷⁹.

Le difficoltà riscontrabili da un'organizzazione sanitaria, lungo tutto il ciclo di vita di un SMP, sono molteplici e di diversa natura. Ad esempio, la fase (a) di "Ideazione & Progettazione", risulta problematica per la difficoltà di trovare l'allineamento del SMP con la strategia organizzativa. Ciò è dovuto a quattro motivi principali: (I) in Sanità gli obiettivi strategici sono difficili da tradurre in operatività, data l'intrinseca complessità dei trattamenti, ambientazioni e diversità dei gruppi di pazienti; (II) nelle organizzazioni sanitarie coesistono due diversi modelli di *management* (professionale ed amministrativo) e sub-culture professionali distinte; (III) le articolate interrelazioni tra i molteplici *stakeholder* interni ed esterni, (IV) la fluidità dell'ambiente politico che è molto maggiore di quella che influisce sulle organizzazioni aziendali orientate al *business* (Adair *et al.*, 2006 a, b).

Modello integrato per SMP e Capitale Intellettuale

Per l'approntamento di un modello integrato per la misura delle performance e del CI, applicabile ad una struttura organizzativa di tipo sanitario, prenderemo come base di partenza lo schema concettuale del modello CAF. L'adattamento sarà effettuato operando due successive operazioni così concepite:

²⁷⁹ Adair C.E., Simpson E., Birdsell J.M., Omelchuk K., Casebeer A.L., Gardiner H.P., Newman S., Beckie A., Clelland S., Hayden K.A. and Beausejour P. (2003). "Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness - A State of Science Review", submitted to *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*.

- (i) integrazione dei due modelli, C.I. e CAF, eliminando le ridondanze;
- (ii) sostituzione del modello di *Leadership*, descritto secondo il Criterio 1 del CAF, con la struttura concettuale proposta dal *New Leadership Model for National Healthcare System* (NHS) (Storey, Holti; 2013);
- (iii) Integrazione dei due modelli C.I. e CAF;
- (iv) Integrazione del *New Leadership Model for NHS*.

Un ulteriore intervento (punto iv) è riservato alla *Leadership* (rif. CAF - Criterio 1) poiché essa rappresenta lo snodo attraverso il quale le istanze di cambiamento e d'innovazione, deducibili dai risultati organizzativi, vengono eventualmente attuate e tradotte, quindi, in modifiche più o meno profonde dei processi e/o servizi. Sempre in questo blocco, inoltre, si realizza il *trade-off* conservazione/innovazione della cultura organizzativa, con rilevanti conseguenze sulle performance organizzative future. Ciò detto si considera opportuno procedere ad una rivisita della definizione del Criterio *Leadership* adottando un modello recentemente approntato per il NHS, denominato *New Leadership Model*. Quest'ultimo è stato messo a punto dalla *Leadership Academy* dell'NHS, per le strutture organizzative sanitarie pubbliche, o finanziate con fondi pubblici, che operano nel Regno Unito²⁸⁰.

²⁸⁰ La progettazione del modello è stata attivata a seguito della pubblicazione del Rapporto Francis (2013), prodotto dalla Commissione di Inchiesta, presieduta da Robert Francis e nominata dal Ministero della Sanità, a seguito dello scandalo, registrato nel 2009, nell'Ospedale *Mid*

Il modello *New Leadership Model* è strutturato per perseguire i seguenti scopi:

1. **'Fornire e giustificare un chiaro senso di scopo e di apporto'** e comprende i comportamenti e le competenze che consentono un *focus* esplicito sui bisogni e sulle esperienze degli utenti dei servizi, rafforzando continuamente una visione ispiratrice della missione e il contributo sociale dell'organizzazione o dell'unità, espressa in termini di qualità del servizio.

2. **"Motivazione dei team e degli individui a lavorare in maniera efficace"**. Questo è in relazione alla capacità di lavorare in stretta collaborazione con altre organizzazioni, definire chiari ed ambiziosi obiettivi sia per i *team* che per i singoli individui, adoperarsi per ottenere l'impegno convinto dei *team* e per attivare un clima organizzativo costruttivo e sereno.

3. **"Focalizzazione sul miglioramento del performance di sistema"**, richiedendo l'attivazione e l'incoraggiamento di pratiche di cambiamento, formulazione di nuovi modelli di pensare ed agire e la formulazione di modelli di apprendimento di nuove forme comportamentali.

Considerazioni

L'attività svolta ed illustrata sinteticamente nel presente paragrafo è relativa alla fase (a) di cui alla Figura 2.10 – Ciclo di vita di un SMP. Il presente lavoro è da considerarsi, quindi,

Staffordshire NHS Foundation Trust. Nel Rapporto Finale veniva indicato, tra le principali cause degli accadimenti in questione, la mancanza di una *leadership* adatta alla gestione del servizio sanitario e suggeriva la costituzione di un centro di competenza specifico avente la missione di sviluppare la conoscenza sul tema specifico della *Leadership* per il settore sanitario.

preparatorio alla successiva fase di validazione empirica del modello (STEP II). Per questo motivo esso è stato focalizzato sulla sezione ENABLERS del modello CAF, lasciando del tutto inalterata la sezione RISULTATI, rimandando questa attività alla fase successiva (Step II – Fig. 1 – Struttura del lavoro). In questo modo sarà possibile condividere le scelte degli indicatori di misura con l'organizzazione sanitaria che sarà oggetto della sperimentazione (fasi (b), (c), (d) – Fig. 2 – Ciclo di vita SMP). Si ritiene utile osservare, a questo stadio del lavoro, che la *fase (e) - Cambiamento Adattativo del SMP* richiederà la disponibilità di specifiche competenze all'interno della struttura organizzativa dedicata a questa attività.

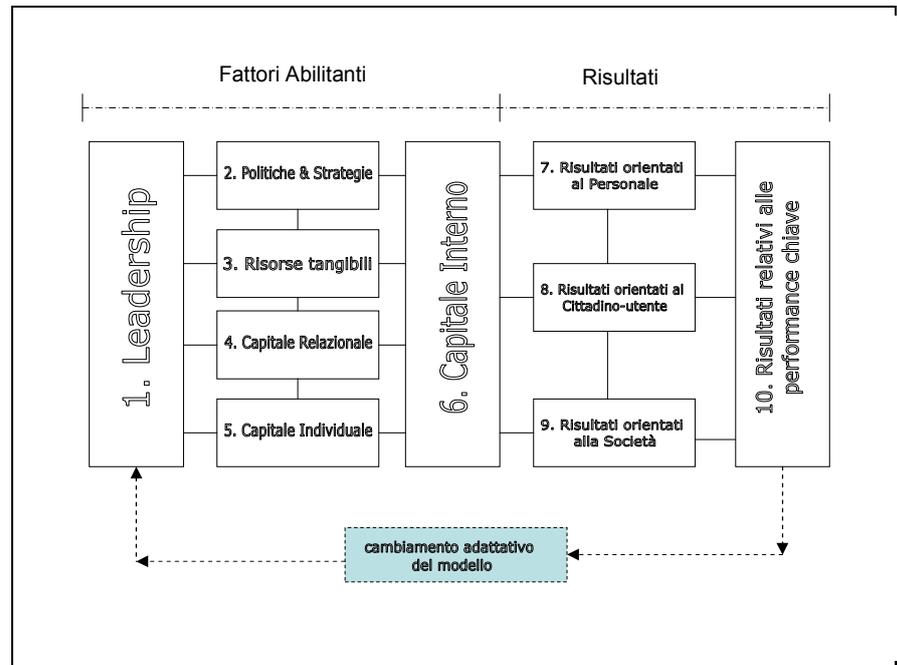
Vantaggi di un modello di misura integrato

L'introduzione nelle organizzazioni di SMP e/o del CI comporta, di solito, un impegno rilevante di risorse umane e materiali (Franco-Santos *et al.*, 2012), rappresentando incidentalmente anche un cambiamento organizzativo (Bourne *et al.*, 2002; Kaplan e Norton, 2001)²⁸¹. L'introduzione di un SMP deve essere, quindi, attentamente progettata e realizzata. Un sistema di questo tipo, una volta a regime, dovrà essere continuamente adattato alle evoluzioni del contesto competitivo nel quale opera l'organizzazione (Eccles, 1991), ed è inoltre

²⁸¹ Bourne M., Neely A., Platts K., Mills J. (2002). "The success and failure of performance measurement initiatives: perceptions of participating managers", *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 22/11.
Kaplan R.S., Norton D.P. (2001). "Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part II", *Accounting Horizons*, Vol. 15/2.

importante che esso sia integrato con eventuali altri sistemi gestionali di controllo presenti nell'organizzazione (Ittner *et al.*, 2003).

Figura 2.11: Modello integrato SMP & CI



Tratto da Pirozzi e Ferulano (2016).

Utilizzare un sistema di misura integrato ed unico, per le performance ed il CI, rappresenta quindi una riduzione sia dei costi fissi d'investimento iniziali e sia di quelli variabili ricorrenti nella fase a regime. Esso riduce, inoltre, le difficoltà, incomprensioni e resistenze altrimenti generate, all'interno dell'organizzazione, dall'introduzione di due diversi sistemi di misura. Sotto il profilo funzionale, infine, un sistema di misura unico facilita l'interpretazione contestuale e la ricerca di coerenza dei dati originati, influenzando così positivamente il processo decisionale e l'eventuale rimodulazione della strategia.

Capitolo 3 – Dinamica delle innovazioni in Sanità

3.1 Il processo di diffusione delle innovazioni

Le modalità attraverso le quali le nuove idee e tecnologie si diffondono attraverso i sistemi sociali rappresenta oggetto di studio da molti anni ed è nota come *Diffusion Theory*.

I primi studi, relativi a questo settore della conoscenza, risalgono alla fine del 19° secolo e sono stati originati da due sociologi francesi, Gabrielle Tarde e Gustav Le Bon, che esposero tesi tra loro contrastanti circa le modalità attraverso cui avviene la diffusione delle innovazioni (Green *et al.*, 2014)²⁸².

Gabrielle Tarde (1899)²⁸³, sottolineò che tale processo avviene in tre fasi: (i) **Repetition**, in cui agiscono un inventore ed un imitatore; (ii) **Opposition**, in cui vi sono interpretazioni diverse dell'evento innovativo, specie per quanto attiene alle diverse, o mutevoli, circostanze nelle quali si cala l'innovazione; (iii) **Adaptation**, in cui gli imitatori pervengono ad una comune interpretazione del gesto/fatto innovativo.

Gustav Le Bon (1897)²⁸⁴, interpretò la diffusione delle innovazioni come l'istinto della "mandria" che conduce ad un "comportamento collettivo". Questa linea di pensiero lasciava poco spazio al fenomeno interpretativo, sostenuto da Gabrielle Tarde (1899), e fu ben accolto dai critici della "tirannia della

²⁸² Green L.W., Ottoson J.M., García C., Hiatt R.A., Roditis M.L. (2014). "Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration", *Front Public Health Services and Systems Research*, Vol. 3/1.

²⁸³ De Tarde G. (1899). "Social laws: An outline of sociology", The Macmillan Company.

²⁸⁴ Le Bon G. (1897). "The crowd: A study of the popular mind", Macmillan.

maggioranza” e del “comportamento della folla” (Green *et al.*, 2014).

Sulla diffusione delle innovazioni occorre ricordare il lavoro fondamentale di Everett Rogers, condensato nel suo libro dal titolo “*Diffusion of Innovations*”, pubblicato la prima volta nel 1962²⁸⁵, che ha contribuito a rendere questo costrutto concettuale ampiamente noto tra gli studiosi dell’innovazione.

Secondo Everett Rogers, la diffusione dell’innovazione è “*il processo attraverso il quale viene comunicata l’innovazione nel corso del tempo tra i membri di un sistema sociale*”. Rogers ha spiegato che la diffusione di nuove idee è influenzata da quattro fattori: la stessa natura della specifica innovazione, i canali di comunicazione, il tempo ed il particolare sistema sociale verso cui l’innovazione è rivolta.

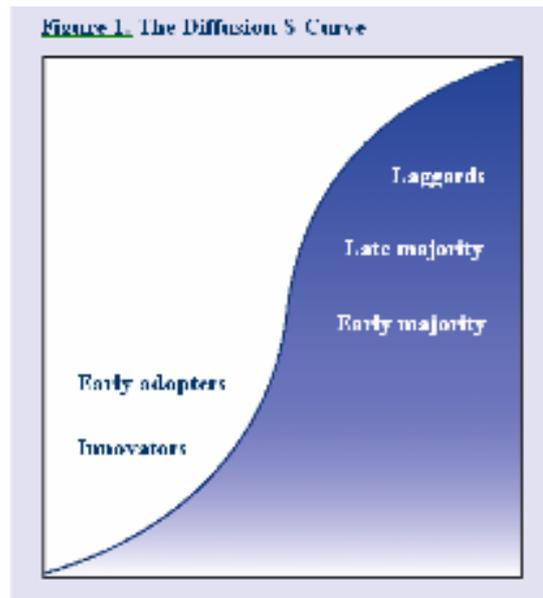
Questo processo, che utilizza in larga misura il Capitale Umano, deve raggiungere un certo tasso di diffusione affinché possa autosostenersi. In particolare, Rogers identificò gli utilizzatori dell’innovazione in cinque sottoinsiemi: *innovators*, *early adopters*, *early majority*, *late majority* e *laggards*.

Rogers (1995) precisò che un’innovazione è inizialmente adottata da poche persone (*innovators*), quindi, a mano a mano che altri individui l’adottano, altri soggetti ancora sono incentivati ad utilizzarla, e così il processo coinvolge le altre categorie di potenziali utilizzatori.

²⁸⁵ Rogers E.M. (1995). “*Diffusion of Innovations*”, IV edition, The Free Press – MacMillan Publishing Co., New York.

Il processo è stato schematizzato da Rogers con il famoso diagramma ad S (S-curve diagram) dove si può ravvisare la tempistica secondo la quale i diversi sottogruppi di potenziali utilizzatori accedono ed adottano l'innovazione.

Figura 3.1 The Diffusion S-Curve (Rogers, 1995)



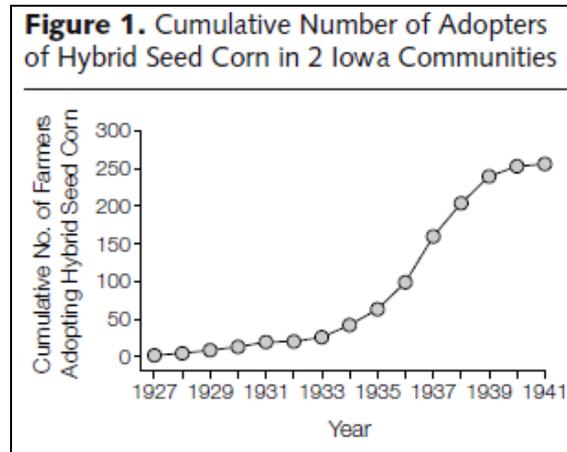
Tratto da Cain e Mittman (2002)²⁸⁶

Questo diagramma trae origine da uno studio effettuato negli USA, nel 1943, sulla diffusione dell'impiego di semi ibridi di mais tra gli agricoltori dello Stato dell'Iowa. Le elaborazioni statistiche dei dati raccolti mostrarono un diagramma di diffusione della specifica innovazione che assumeva una forma ad "S". Studi successivi, relativi ad altri settori industriali, hanno contribuito a modellizzare e classificare la popolazione dei potenziali utilizzatori dell'innovazione. Nella figura di seguito riportata viene indicata la

²⁸⁶ Cain M., Mittman R. (2002). "Diffusion of Innovation in Health Care", Institute for the Future, The iHealth Reports - California Healthcare Foundation, Oakland, California.

curva ad S relativa all'esperienza di diffusione dei semi di mais nell'Iowa.

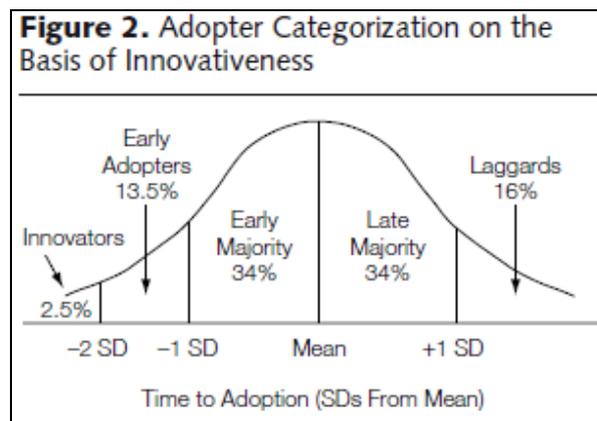
Figura 3.2: Adozione semi di mais ibridi tra gli agricoltori dell'Iowa (Rogers, 1995)



Tratto da Berwick (2003)²⁸⁷

La figura di seguito riportata illustra l'individuazione statistica delle differenti categorie d'utilizzatori dell'innovazione assumendo intervalli della deviazione standard (*standard deviation* - SD) di 1 unità.

Figura 3.3: Classificazione degli "adopters" in base al tempo d'adozione (Rogers, 1995).



Tratto da Berwick (2003)

²⁸⁷ Berwick D.M. (2003). "Disseminating Innovations in Health Care", *Journal of American Medical Association - JAMA*, Vol. 289/15.

Così si definiscono, per esempio, "*innovators*" gli utilizzatori che adottano l'innovazione più velocemente, cioè con un tempo di adozione inferiore al valore medio ($SD \leq 2$). È stato calcolato che gli innovatori rappresentano circa il 2,5% dell'intera popolazione di "*adopters*"²⁸⁸.

Il processo dinamico di diffusione delle innovazioni è connotato da dieci fattori critici (Rogers, 1995; Cain e Mittman, 2002):

1. *Relative advantage*. Quanto maggiore è il potenziale valore, o il beneficio, previsto dall'adozione dell'innovazione rispetto alla pratica corrente, più rapidamente l'innovazione si diffonderà.

2. *Trialability*. La possibilità di provare un'innovazione senza un impegno totale e con un investimento minimo, migliora le prospettive per l'adozione e la diffusione.

3. *Observability*. La misura in cui i potenziali utilizzatori possono testimoniare l'adozione dell'innovazione da parte di altri migliora le sue prospettive di diffusione.

4. *Communications channels*. I canali attraverso i quali gli *opinion leader* e gli altri comunicano riguardo un'innovazione influenza la rapidità ed il modo di diffusione.

5. *Homophilous groups*. L'innovazione si diffonde più velocemente tra gruppi con caratteristiche simili (omofili)

²⁸⁸ Le percentuali indicate nel grafico si riferiscono non all'intera popolazione, cioè ad utilizzatori + non utilizzatori, ma soltanto all'aliquota della popolazione che finirà di adottare l'innovazione.

rispetto a gruppi che presentano, viceversa, caratteristiche molto diverse.

7. Norms, roles, and social networks. Le innovazioni sono modellate dalle regole, gerarchie formali, meccanismi informali di comunicazione che operano nell'ambito del sistema sociale *target*.

8. Opinion leader. Sono gli individui le cui opinioni sono rispettate, o soltanto ascoltate, dagli altri appartenenti ad una determinata popolazione e che sono potenzialmente in grado così di influenzare la velocità di diffusione dell'innovazione.

9. Compatibility. La capacità di un'innovazione di coesistere con tecnologie e modelli sociali già in uso migliora le prospettive d'adozione/diffusione di una determinata innovazione.

10. Infrastructure. L'adozione di molte innovazioni dipende dalla presenza di alcune forme di infrastrutture, o di altre tecnologie, che possono "fare gruppo", o essere in sinergia, con la specifica innovazione.

Le dinamiche che governano l'adozione, o la mancata adozione, di una tecnologia medica, o informativa, nelle organizzazioni sanitarie sono complesse.

Le innovazioni in sanità, ancorché ben supportate da prove empiriche (*evidence based*) ed utilizzate con successo una prima volta, si propagano con rilevante lentezza. La diffusione delle innovazioni è, secondo Berwick (2003), la sfida più grande per le industrie, ivi incluse le organizzazioni dedicate ad erogare servizi sanitari.

Nelle organizzazioni sanitarie si possono individuare tre gruppi di fattori che influenzano il tasso di disseminazione dei risultati della ricerca e che spiegano la lentezza sopra riferita. Il primo gruppo di fattori attiene alla "percezione" dell'innovazione, le caratteristiche individuali degli operatori che potrebbero adottare le innovazioni ed, infine, i fattori manageriali che connotano la specifica organizzazione (Berwick, 2003).

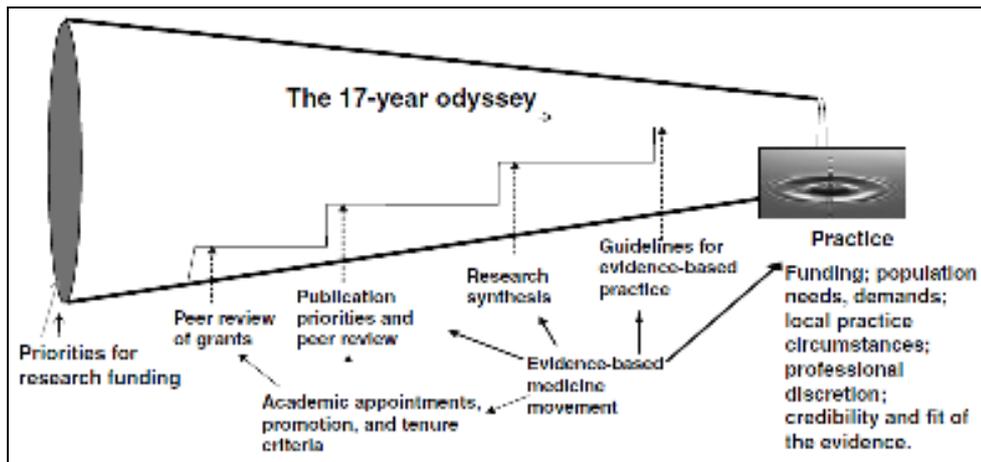
In accordo a Berwick (2003), vi sono diversi fattori critici di successo che influiscono sulla diffusione delle innovazioni nelle organizzazioni sanitarie:

- Meccanismi formali per selezionare le innovazioni valide che dovrebbero essere diffuse;
- Selezionare gli innovatori da supportare;
- Investire negli agenti che per primi adottano una innovazione;
- Rendere osservabile (monitorare) l'adozione di una innovazione;
- Credere e rendere possibile il meccanismo della *reinvention*;
- Creare margine di manovra e risorse per il cambiamento;
- Guidare attraverso l'esempio.

Il lento trasferimento dei risultati della ricerca nella pratica è spesso illustrata, in letteratura, utilizzando la metafora dell'imbuto. Questa sostanzia il concetto che molta più ricerca deve essere prodotta di quanta, in effetti, sarà adottata dai *policy maker* e praticanti. Nella Figura di seguito riportata è raffigurato il

meccanismo di diffusione delle innovazioni che opera come un “filtro”, riducendo progressivamente le innovazioni che saranno effettivamente trasferite alla pratica medica, introducendo ritardi notevoli che sono mediamente pari a 17 anni (Green, 2008)²⁸⁹.

Figura 3.4: Trasferimento risultati ricerca alla pratica medica



Tratto da Green (2014).

I risultati della ricerca procedono attraverso un meccanismo di “filtraggio” che associa i risultati della ricerca biomedica alla pratica medica basata sull’evidenza clinica. Questo sistema di filtraggio unidirezionale non sembra funzionare altrettanto bene nel soddisfare i bisogni d’intervento concernente la salute pubblica.

La necessità di considerare i processi sociopsicologici, contesti culturali e condizioni socioeconomiche, connessi alle pratiche inerenti la salute pubblica, infatti, suggerisce il bisogno di lavorare in entrambe le direzioni: dalla ricerca alla pratica *evidence-based*, e dalla *practice-based evidence* a pratiche e politiche che siano meglio informate e opportunamente attivabili (Green *et al.*, 2014). Questi autori

²⁸⁹ Green L.W. (2008). “Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where’s the practice-based evidence?”, *Family Practice*, Vol.25/1.

osservano che mentre il processo assicura, con adeguato livello di qualità, il trasferimento delle conoscenze prodotte dalla ricerca, ai *practitioner* e *policy maker*, poco viene fatto per verificare ed assicurare, in via preventiva, la congruenza dei risultati della ricerca ai bisogni della popolazione ed alle specifiche circostanze nelle quali quei risultati verranno applicati (Green *et al.*, 2014).

ReINVENTION - il caso degli stent coronarici

Secondo Rogers (1995), la diffusione delle innovazioni può essere caratterizzata, talvolta, da un fenomeno interessante, la c.d. "*Reinvention*". Questo fenomeno accade quando una nuova tecnologia è modificata dagli utilizzatori, per esempio utilizzandola in versioni diverse, con scopi diversi o allargando il relativo spettro d'utilizzazione.

La Reinvention è "*the degree to which an innovation is changed or modified by a user in the process of its adoption and implementation*" (Rogers, 1995). In accordo a quest'autore, invenzione ed innovazione sono concetti diversi.

Rogers (1995), afferma, infatti, che "*the invention is the process by which a new idea is discovered or created, while the adoption of an innovation is the process of using an existing idea*".

Lo stesso autore spiega che più sono frequenti i processi di "reinvenzione" relativi ad una specifica innovazione, più quest'ultima si diffonde rapidamente e si afferma.

Uno degli esempi tipici che possono ben descrivere il fenomeno della c.d. "reinvention" è il percorso di mutazione che ha

contraddistinto la tecnologia degli "stent coronarici", dalla loro iniziale introduzione nella pratica medica avvenuta, com'è noto, nel 1987 (Shih e Berliner, 2008)²⁹⁰. In quell'anno, infatti, fu data notizia del primo intervento di angioplastica con l'utilizzo di stent coronarici utilizzati per ridurre il tasso di "restenosi" (riocclusione) del vaso arterioso.

Nel 1992, lo "stent di Gianturco-Robin" diventò il primo a ricevere l'approvazione della *Federal Drug and Food Administration* (FDA), con l'indicazione applicativa specifica rappresentata dalla gestione d'emergenza causata da occlusione del vaso coronarico durante un intervento di angiografia.

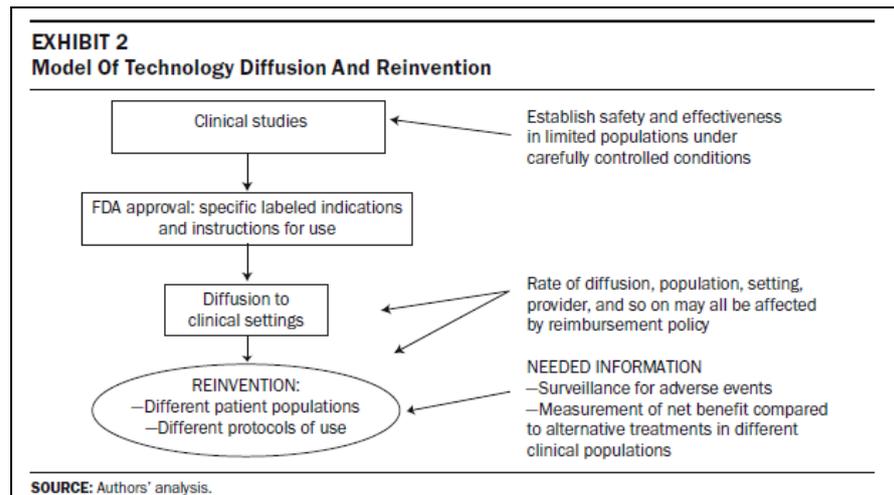
Due anni più tardi, nel 1994, lo "stent di Palmaz-Schatz" ottenne l'approvazione della FDA per interventi di *stenting* di tipo elettivo, cioè scelti volontariamente.

Negli anni successivi, a seguito di diverse complicanze risultanti dagli interventi effettuati, numerosi aggiustamenti tecnologici sono stati apportati alla tecnologia degli stent ed, inoltre, alla stessa pratica clinica adottata durante e dopo l'intervento. Per esempio, scegliendo opportunamente la "pressione", adottata dal chirurgo emodinamico, per il catetere a "pallone" (*balloon catheter*) utilizzato per l'inserimento dello *stent* nel vaso arterioso; l'utilizzo di stent c.d. "medicati" (*drug-eluting stents*) che rilasciano, dopo la messa in posizione dello stent, opportune sostanze per evitare complicanze a carico dei vasi coronarici.

²⁹⁰ Shih C., Berliner E. (2008). "Diffusion of new technology And Payment Policies: Coronary Stents", *Health Affairs*, Vol. 27/6.

Sulla base di quanto detto a proposito degli stent coronarici, Shih e Berliner (2008) hanno proposto il seguente modello del processo di diffusione della tecnologia e della successiva "reinvenzione" della stessa dopo la sua introduzione nella pratica medica.

Figura 3.5: Diffusione della tecnologia e sua reinvenzione



Tratto da Shih e Berliner (2008)

3.2 Processo diagnostico e Innovazione Organizzativa

Un recente studio, condotto negli USA, a cura della *National Academies of Sciences-Engineering-Medicine* (Balogh *et al.*, 2015)²⁹¹, circa la necessità di migliorare il processo diagnostico, ha sottolineato che l'erogazione di cure sanitarie ha trascurato per decenni gli errori diagnostici, causati da inaccuratezza o diagnosi effettuate in ritardo.

Questi errori, purtroppo, persistono attraverso tutte le diverse tipologie d'organizzazioni sanitarie (ambulatori, cliniche, ospedali etc.), continuando ad apportare danni ad un numero inaccettabile di pazienti. Lo studio riporta, a titolo esemplificativo, alcune stime relative a questo fenomeno:

- circa il 5% degli americani adulti che fruiscono di cure ambulatoriali ogni anno vivono l'esperienza di un errore diagnostico;
- una ricerca che ha esaminato i casi *post-mortem*, relativi ad un periodo di diversi decenni, ha indicato che gli errori diagnostici contribuiscono approssimativamente al 10% delle morti dei pazienti;
- Un'analisi delle registrazioni mediche suggerisce che gli errori diagnostici incidono tra il 6 ed il 17 per cento sui casi avversi registrati negli ospedali;

²⁹¹ Balogh E.P., Miller B.T., Ball J.R. (editors). (2015). "Improving Diagnosis in Health care", Committee on Diagnostic Error in Health Care – The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, The National Academies Press, Washington D.C., USA.

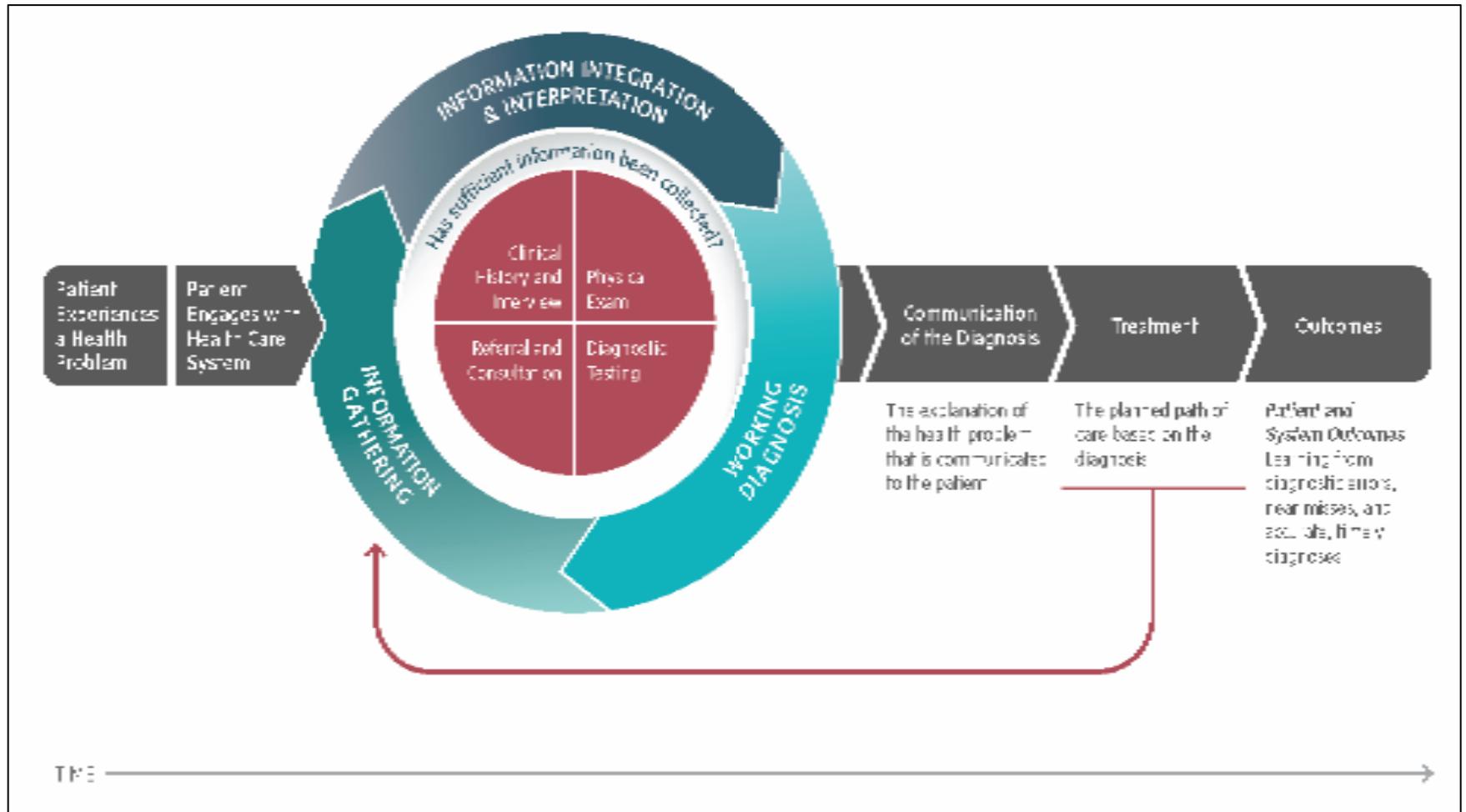
- Gli errori diagnostici, infine, sono la tipologia principale dei reclami, per cattiva pratica medica, rimborsati dalle assicurazioni.

Sulla scorta di queste considerazioni, e tenuto conto dei risultati emersi durante lo studio qui riferito, la Commissione ha affermato che molti americani vivono l'esperienza di almeno un errore diagnostico durante la loro esistenza, spesso con conseguenze devastanti (Balogh *et al.*, 2015).

Il processo diagnostico

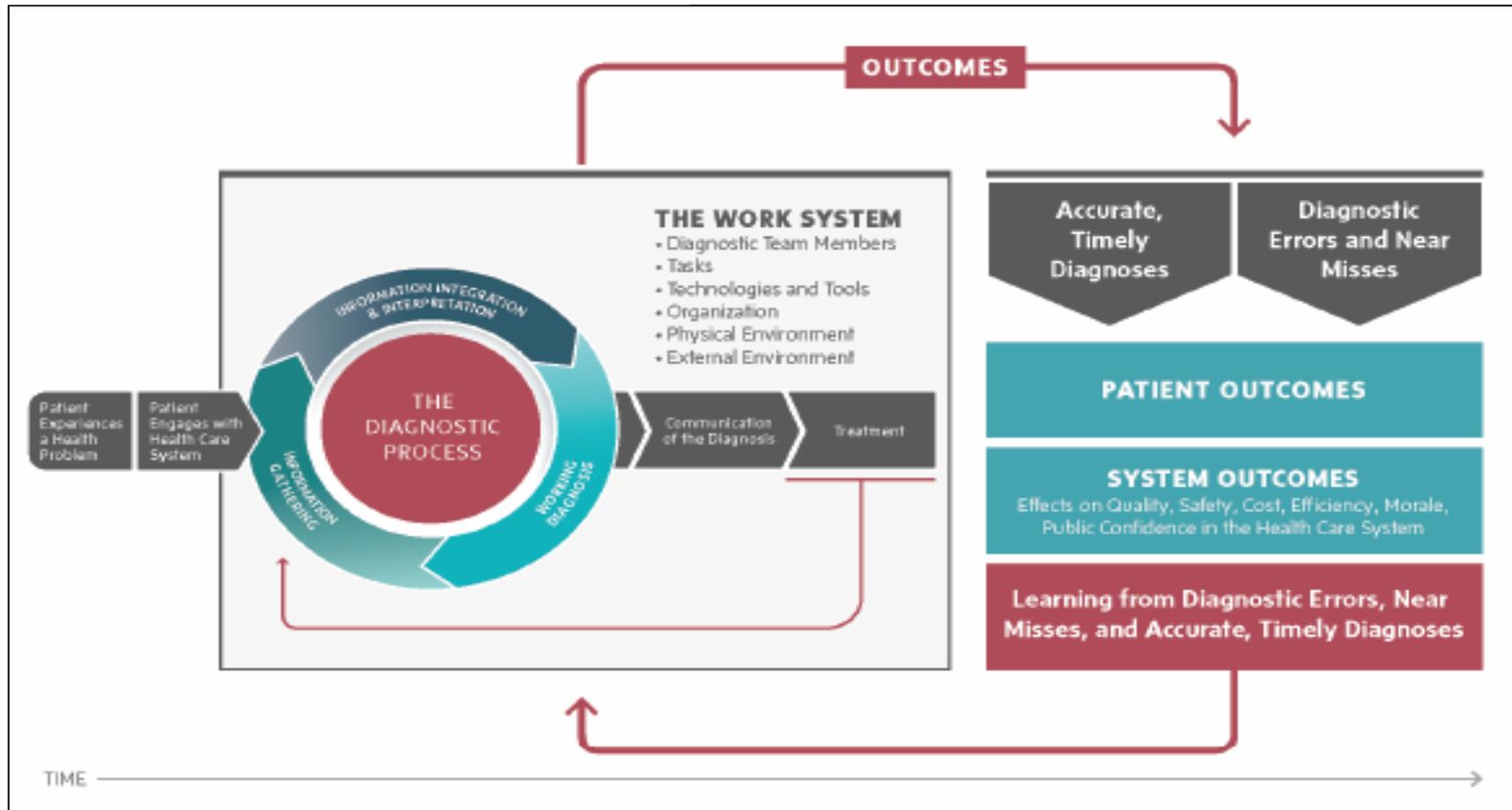
Lo studio in parola ha chiaramente affermato che per affrontare alla radice il problema dell'errore diagnostico non è sufficiente focalizzarsi sulla sua semplice riduzione, ma piuttosto occorre procedere sulla più ampia prospettiva di migliorare l'intero processo diagnostico. A tale scopo, lo studio ha proposto un modello concettuale che descrive il processo diagnostico in maniera articolata (figura 3.6: Processo Diagnostico), descrive i fattori che connotano il sistema lavorativo e che influenzano questo processo (Figura 3.8: Il sistema di lavoro), ed infine identifica le opportunità di migliorare il processo diagnostico ed i suoi esiti finali (Figura 3.7: Gli esiti finali del processo diagnostico) (Balogh *et al.*, 2015).

Figura 3.6: Processo diagnostico



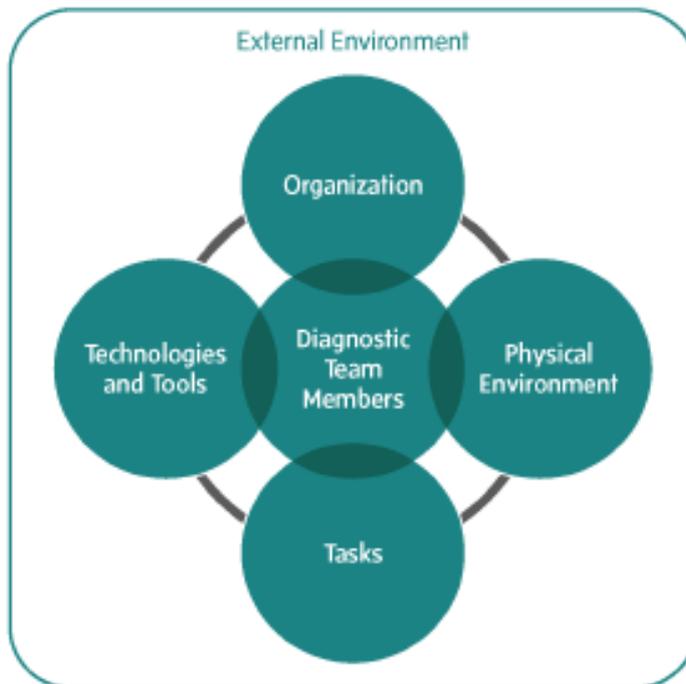
Tratto da Balogh *et al.* (2015).

Figura 3.6: Processo diagnostico ed esiti finali



Tratto da Balogh *et al.* (2015).

Figura 3.7: Sistema di lavoro



Tratto da Balogh *et al.* (2015).

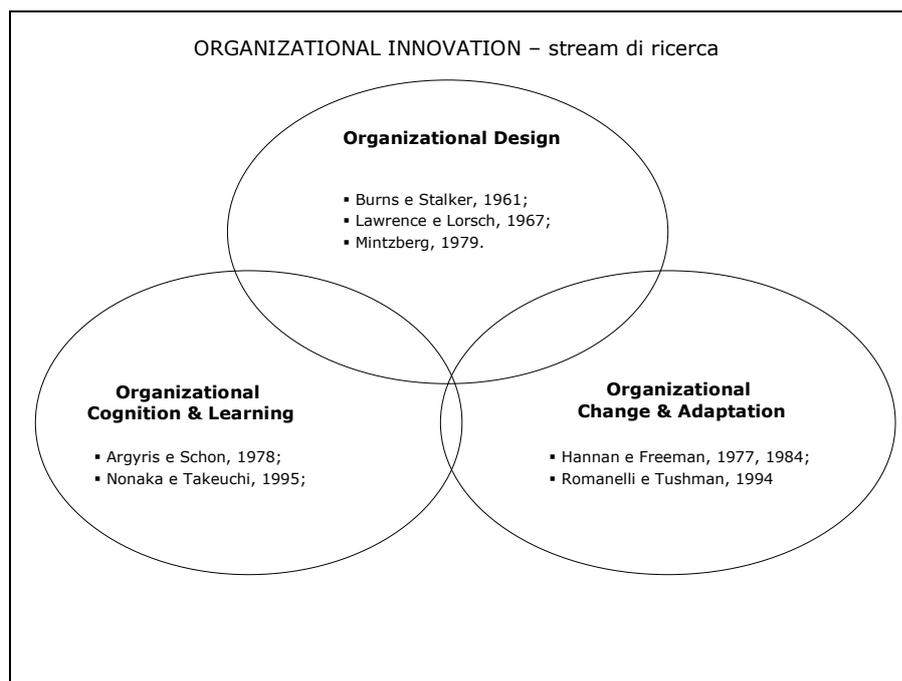
Organizzazione e ambiente fisico nel processo diagnostico

Nella figura 3.7 si rileva che tra i fattori che sono in grado di influenzare il processo diagnostico vi sono l'ambiente fisico e l'organizzazione. In particolare l'elemento che interessa, nell'ambito del presente lavoro, è l'effetto positivo che *l'organizational learning* opera sul processo diagnostico.

Circa *l'organizational learning* si è proceduto ad un'analisi dettagliata di questo costrutto concettuale. Esso, infatti, attiene al più generale contesto teorico della innovazione organizzativa, insieme all'*Organization Design* ed alla *Organizational Change and Adaptation*. Per una descrizione dettagliata di questi costrutti concettuali, che descrivono completamente l'innovazione organizzativa, si veda il Capitolo 1 – Innovazione – *Framework* Teorico, parag. 1.4.

Qui di seguito si riporta, per comodità del lettore, la figura 3.9 che descrive l'articolazione dell'Innovazione Organizzativa nei suoi elementi essenziali (Lam, 2004), indicando anche i *framework* teorici sottostanti.

Figura 3.9: Organizational Innovation – 3 *stream* di ricerca



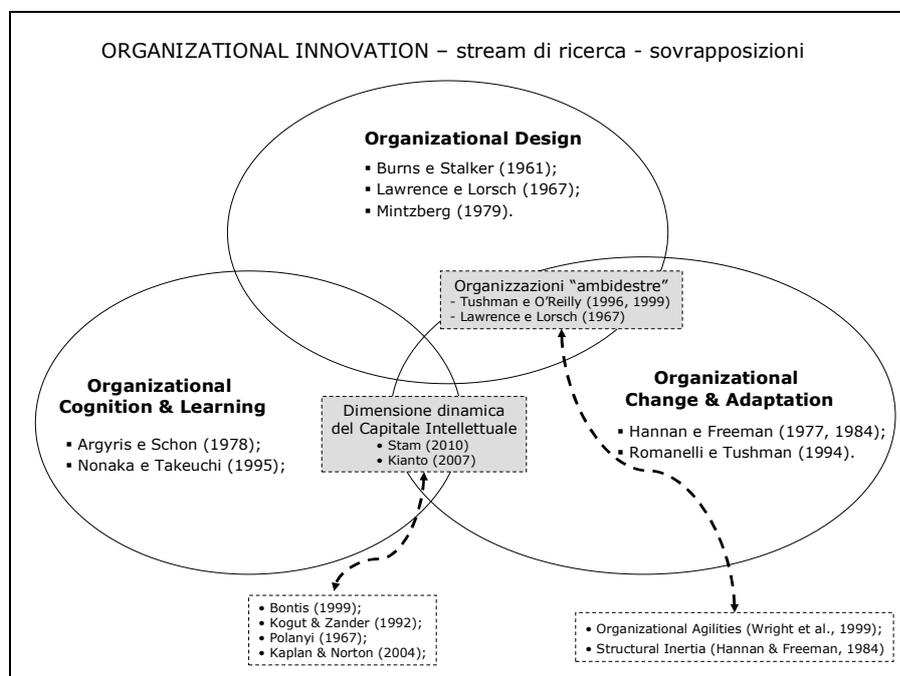
Elaborato a partire da Lam (2004).

In accordo a Lam (2004) i tre elementi sopra individuati possono presentare sovrapposizioni che, nell'ambito di questo lavoro, sono stati oggetto di elaborazione specifica. Ciò ha portato all'intuizione che le sovrapposizioni tra *Organization Cognition & Learning* e *Organizational Change & Adaptation* possano essere descritte dal costrutto concettuale, anch'esso illustrato nel Capitolo 1, della dimensione dinamica del Capitale Intellettuale. A tale proposito si veda la Figura 1.12 Organizational Innovation - *Stream* e sovrapposizioni, opportunamente riportata nella pagina seguente per comodità del

lettore. Tutto ciò premesso, si ritiene giustificato poter delineare i quesiti di ricerca sotto indicati. Essi possono rappresentare, a giudizio della scrivente, un promettente terreno di studio.

- Il Capitale Intellettuale, nelle sue tre articolazioni principali (Capitale Umano, Capitale Strutturale e Capitale Relazionale), può rappresentare un modo innovativo per gestire e controllare il miglioramento del processo diagnostico?
- Ed ancora, il modello INM (Integrated new Model) (Pirozzi e Ferulano, 2016), con la sua capacità di gestire e misurare il CI nelle sue tre articolazioni, può essere lo strumento adatto per incidere sull'efficacia del processo diagnostico?

Figura 3.11: Organizational Innovation - *Stream* e sovrapposizioni



Elaborazione personale della scrivente.

3.3 Diagnosi & Trattamento - Comportamento Medico

Il lavoro qui illustrato è stato sviluppato congiuntamente dal dott. Marco Bobbio (già Direttore del Dipartimento di Cardiologia Ospedale Santa Croce e Carle di Cuneo) e Maria Grazia Pirozzi e pubblicato nel 2014 sulla rivista medica *Tecnica Ospedaliera*.

Bobbio M., Pirozzi M. G., (2014). "Progetto Choosing Wisely. Considerazioni e implicazioni organizzative", *Tecnica Ospedaliera*, Tecniche Nuove, Nr.10, ISSN 0392-4831.

Introduzione

Il progressivo aumento del numero d'esami diagnostici e prestazioni terapeutiche pone i medici nel difficile compito di decidere quale sia il test più adatto in un determinato contesto clinico, pone i pazienti nella condizione di doversi sottoporre a numerosi accertamenti (talvolta ridondanti, inutili o dannosi), pone le Aziende sanitarie in competizione per aggiudicarsi l'ultima risorsa tecnologica e costringe il Servizio Sanitario Nazionale ad aumentare gli investimenti. Questo fenomeno dipende da molte cause: l'invecchiamento demografico, la disponibilità di tecnologie innovative, la crescita delle aspettative della popolazione, una forte spinta commerciale, un'informazione indirizzata a promuovere il messaggio che nuovi farmaci, metodiche diagnostiche, procedure e device migliorano durata e qualità della vita, l'ansia di voler conoscere con certezza il proprio stato di salute (nell'illusione che l'eventuale trattamento sia sempre preferibile al non intervento), la preoccupazione dei medici di vedersi contestata in sede civile o penale una diagnosi mancata

(la c.d. medicina difensiva), la convinzione che sia più facile e rapido prescrivere un esame piuttosto che spiegarne l'inutilità, l'idea che si dimostri la propria cultura e il proprio aggiornamento prescrivendo l'ultima novità e infine l'inquinamento di interessi diretti (economici) o indiretti (le aziende sanitarie premiano le produzioni rilevanti dal punto di vista numerico e non la qualità e l'appropriatezza).

La vasta offerta di procedure e trattamenti si porta come conseguenza un'eccessiva prescrizione, nonostante manchino prove sul miglioramento dell'esito della malattia a seguito di un maggior ricorso a procedure diagnostiche ed ad una bassa appropriatezza delle richieste. In Italia, in genere, è possibile evidenziare un sovrautilizzo di risorse in molti settori rispetto ad altri Paesi. Il rapporto tra il numero d'apparecchiature di risonanza magnetica nucleare e tomografia assiale computerizzata, e popolazione risultava, nel 2012, tra i più alti tra i paesi OCSE (OECD, 2012)²⁹².

Un recente studio, tuttavia, ha dimostrato che solo il 56% delle prestazioni radiologiche ambulatoriali in Italia risultano appropriate (Cristofaro *et al.*, 2011)²⁹³. In campo cardiologico è stato osservato che il 13-14% dei test di *imaging* da stress sia inappropriato (Beller, 2010; Hendel *et al.*, 2010)²⁹⁴, un terzo delle

²⁹² OECD (2012). "Restoring Public finances", OECD Publishing, Paris.

²⁹³ Cristofaro M., Busi Rizzi E., Schininà V., Chiappetta D., Angeletti C., Bibbolino C., (2011). Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests, *Radiol Med*, Vol.117.

²⁹⁴ Beller G.A. (2010). "Stress testing after coronary revascularization. Too much, too soon", *J Am Coll Cardiol*, Vol.56.

indagini cardiologiche non invasive (Carpeggiani e Picano, 2010; Orsini *et al.*, 2007)²⁹⁵. In Italia il riscontro di un maggior numero d'impianto di *pacemaker* cardiaci con funzione resincronizzante e di defibrillatori rispetto agli altri Paesi limitrofi (Merkely *et al.*, 2007)²⁹⁶ pone dei dubbi sulla loro reale indicazione clinica.

Bisogna considerare che fa parte del DNA dei medici applicare costantemente il concetto del "fare tutto il possibile" per il paziente che si affida alle loro cure e ritenere che l'unico modo per svolgere in modo eticamente corretto la professione consista nel non arrendersi mai; atteggiamento forse indiscutibile mezzo secolo fa, quando procedure e trattamenti erano limitati.

Attualmente è stato evidenziato che molti esami e trattamenti chirurgici e farmacologici, pur largamente diffusi, non apportano benefici per i pazienti e anzi rischiano in alcuni casi di essere dannosi; ad esempio, l'uso delle metodiche radiologiche e nucleari per indicazioni inappropriate aumenta l'esposizione alle radiazioni dei pazienti (Beller, 2012)²⁹⁷, anche se ridotta con gli apparecchi di ultima generazione. Le preoccupazioni circa il possibile rischio neoplastico hanno portato al principio di

Hendel R.C., Cerqueira M., Douglas P.S., *et al.* (2010). "A multicenter assessment of the use of single-photon emission computed tomography myocardial perfusion imaging with appropriateness criteria", *J Am Coll Cardiol*, Vol. 55.

²⁹⁵ Carpeggiani C., Picano E. (2010). "Sustainability of cardiological imaging", *G Ital Cardiol*, Vol.11/6.

Orsini E., Lorenzoni R., Becherini F. *et al.* (2007). "L'appropriatezza dei test cardiologici non invasivi. Studio osservazionale sull'appropriatezza della prescrizione del test da sforzo, dell'ecocardiogramma, dell'ECG dinamico e dell'ecografia vascolare", *G Ital Cardiol*, Vol.8.

²⁹⁶ Merkely B., Roka A., Kutyifa V., *et al.* (2010). "Tracing the European course of cardiac resynchronization therapy from 2006 to 2008", *Europace*, Vol. 12.

²⁹⁷ Beller G.A. (2012). "Tests that may be overused or misused in cardiology: the Choosing Wisely Campaign", *J Nucl Cardiol*, Vol. 19.

mantenere le radiazioni ALARA (As Low As Reasonably Achievable), anche non eseguendo i test quando è probabile un loro limitato beneficio (de Boer e van der Wall, 2013)²⁹⁸. Test come lo *screening* con TAC per la ricerca del calcio coronarico possono inoltre essere dannosi anche per la necessità di eseguire ulteriori test invasivi e dei possibili effetti collaterali della terapia farmacologica nei pazienti falsamente positivi ai test (Lim *et al.*, 2011)²⁹⁹.

Oggi, quindi, fare tutto ciò che la tecnologia mette a disposizione può aumentare i rischi del paziente più degli ipotetici vantaggi che può riceverne, indurre ulteriori accertamenti potenzialmente pericolosi, accrescere invece che diminuire le sofferenze, suscitare nel malato e nei parenti irrealistiche speranze, prolungare inutilmente una vita.

Se la riduzione di prestazioni diagnostiche e terapeutiche inappropriate costituisce quindi sempre un preciso imperativo etico, tanto più pressante appare in questo momento di crisi, che mette a rischio la stessa sostenibilità economica di qualunque servizio sanitario, accentuando in maniera allarmante le disuguaglianze tra i cittadini. In altre parole, l'investimento in accertamenti o interventi poco utili va a discapito di quello in procedure indispensabili. L'OMS stima che dal 20% al 40% della spesa sanitaria (almeno il 30% negli USA) sia dovuta a un utilizzo

²⁹⁸ de Boer M.J., van der Wall E.E. (2013). "Choosing wisely or beyond the guidelines", *Neth Heart J*, Vol.21.

²⁹⁹ Lim L.S., Haq N., Mahmood S., *et al.* (2011). "Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults", American College of Preventive Medicine position statement on preventive practice, *Am J Prev Med*, Vol.40.

inefficiente delle risorse (Fisher *et al.*, 2009; Berwick e Hackbarth, 2012; Brody, 2012)³⁰⁰.

Il contenimento dell'iperprescrizione

L'iper-prescrizione può essere affrontata con sistemi amministrativi di disincentivazione (*ticket* per i pazienti o vincoli di vendita per le industrie farmaceutiche) e con strumenti per ridurre l'inappropriatezza, come le linee guida. Una parte dei medici si è però resa conto che una prescrizione responsabile può contribuire in modo determinante a un contenimento sostenibile della spesa, sostituendo l'imposizione del razionamento con una auto-razionalizzazione. Occorre parallelamente investire in una crescita culturale complessiva, in modo che i cittadini si rendano conto che non sempre il professionista che prescrive più esami e prestazioni è il medico migliore, che l'informazione debba essere più sobria e libera da conflitti d'interesse, che nelle organizzazioni sanitarie venga premiata l'appropriatezza delle prestazioni più che la loro quantità.

Già negli anni '90, Sandro Spinsanti (1996)³⁰¹ scriveva: "La buona medicina ci appare il frutto di una contrattazione molteplice che deve tener conto di tre diversi parametri: l'indicazione clinica

³⁰⁰ Fisher E.S., Bynum J.P., Skinner J.S. (2009). "Slowing the growth of health care costs - lessons from regional variation", *N Engl J Med*, Vol.360.
Berwick D.M., Hackbarth A. (2012). "Eliminating waste in US health care", *JAMA*, Vol.307.

Brody H. (2012). "From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance", *N Engl J Med*, Vol.366.

³⁰¹ Spinsanti S. (1996). "La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica", in Øvretveit J., ed. *La qualità nel servizio sanitario*, EdiSES, Napoli.

(il bene del paziente), le preferenze e i valori soggettivi del paziente e infine l'appropriatezza sociale".

Per evitare che vengano imposti alla spesa sanitaria iniqui tagli lineari, è necessario quindi che professionisti e società scientifiche si assumano la responsabilità di indicare quali risparmi si possono ottenere riducendo prestazioni ridondanti e inefficaci e assicurando ai pazienti, nel contempo, di ricevere le cure più personalizzate e appropriate (Dillehay, 2013)³⁰².

In questo contesto si inserisce l'interessante tentativo di un approccio innovativo sviluppato dal basso (Ballini, 2012)³⁰³, proposto negli Stati Uniti, in grado di mettere le basi per una vera alleanza tra il medico e il proprio paziente.

Evidence Based Medicine (EBM)

Negli ultimi due decenni la pratica clinica è stata influenzata in maniera rilevante dall'affermazione del concetto di medicina basata sull'evidenza empirica (*evidence based medicine - EBM*), che è diventato parte integrante del linguaggio di medici, ricercatori, *manager* e politici (Sackett e Rosenberg, 1995)³⁰⁴. L'applicazione pratica del concetto di EBM richiede il continuo allineamento delle pratiche cliniche correnti con i risultati più aggiornati delle ricerche empiriche in campo medico allo scopo di evitare una serie di problemi. Questi ultimi possono classificarsi in

³⁰² Dillehay G.L. (2013). "Choosing wisely in nuclear medicine and molecular imaging", *J Nucl Med*, Vol.54.

³⁰³ Ballini L. (2012). "L'iniziativa Choosing Wisely rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti", *Politiche Sanitarie*, Vol.13.

³⁰⁴ Sackett D.L., Rosenberg W.M. (1995). "The Need for Evidence-based Medicine", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 88/11.

tre categorie: uso eccessivo (**overuse**) di interventi sanitari in circostanze tali che essi non risultano efficaci; sotto utilizzo (**underuse**) di altri interventi sanitari che pur riconosciuti efficaci non sono però correttamente applicati; utilizzo improprio (**misuse**) di interventi sanitari specialmente quando la prova della loro efficacia è poco chiara, o ambigua, e porta ad ampie variazioni di impiego (Institute of Medicine, 1999)³⁰⁵.

L'affermazione della c.d. "evidence-based medicine" ha contribuito, incidentalmente, ad allargare un gap, peraltro già esistente (Adair *et al.*, 2006a; 2006b)³⁰⁶, tra il modo di operare del *management* sanitario e quello dei professionisti medici. Ciò è causato dal fatto che i *manager*, mentre spesso incoraggiano i medici ad applicare questo principio, non lo applicano a loro volta ai processi decisionali di loro competenza, cioè quelli relativi all'organizzazione sanitaria, ed inoltre alla struttura, al rilascio ed al finanziamento dei servizi sanitari (Walshe e Rundall, 2001)³⁰⁷.

La pratica realizzazione del concetto di EBM risulta difficile per la mole rilevante di studi scientifici disponibili in letteratura, la velocità con la quale nuove ricerche sono prodotte, la complessità delle grandi organizzazioni sanitarie e per le molte difficoltà insite

³⁰⁵ Institute of Medicine (1999). "The National Round-table on Health Care Quality: Measuring the Quality of Care", Washington.

³⁰⁶ Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S. (2006a). "Performance Measurement in Healthcare: Part I – State of the Science Findings by Stage of the performance Measurement Process", *Healthcare Policy*, Vol. 1/4.

Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S. (2006b). "Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the performance Measurement Process", *Healthcare Policy*, Vol. 2/1.

³⁰⁷ Walshe K., Rundall T.G. (2001). "Evidence-based *Management*: From theory to Practice in Health care", *The Milbank Quarterly-Blackwell Publishing*, Vol. 79/3.

nel cambiamento delle pratiche cliniche (Halladay e Bero, 2000)³⁰⁸.

Iniziativa dell'Ospedale Santa Croce di Cuneo

Il progetto Choosing Wisely®

Nel 2010 Howard Brody, in un editoriale sull'etica medica e la sostenibilità economica dei sistemi sanitari (Brody, 2010)³⁰⁹, aveva proposto che ogni società scientifica specialistica individuasse una lista di cinque test diagnostici o trattamenti (*Top Five list*) prescritti molto comunemente, costosi, con un certo grado di rischio e che, secondo prove scientifiche di efficacia, non apportassero benefici significativi alle principali categorie di pazienti ai quali vengono comunemente prescritti. In altre parole la *Top Five list* si può configurare come una raccomandazione per ottenere cospicui risparmi senza privare nessun paziente di benefici significativi. Inoltre, una lista di 5 pratiche ad alto rischio d'inappropriatezza aveva il vantaggio di indirizzare all'opinione pubblica il messaggio che non si trattava di un razionamento indiscriminato dell'assistenza sanitaria, ma che si stava intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco, nell'interesse dei pazienti. Una lista di 5 prestazioni rappresenta un numero sufficientemente piccolo da garantire la possibilità, per ogni disciplina medica, di individuare le pratiche maggiormente obsolete, senza addentrarsi in terreni controversi; d'altra parte è

³⁰⁸ Halladay M., Bero L. (2000). "Implementing Evidence-Based Practice in Health Care", *Public Money & Management*, Vol. 20/4.

³⁰⁹ Brody H. (2010). "Medicine's ethical responsibility for health care reform - the Top Five list", *N Engl J Med*, Vol.362.

un numero abbastanza grande da incidere sui costi, una volta che numerose società abbiano aderito al progetto. Per la definizione della *Top Five list* ogni società scientifica specialistica avrebbe dovuto costituire un gruppo di studio di alto livello, che includesse professionisti con competenze specifiche in epidemiologia clinica, biostatistica, politica sanitaria e medicina basata sulle prove scientifiche e stendere, una volta raggiunto l'accordo, un piano di implementazione e di formazione dei propri membri.

Sempre nel 2010, Grady e Redberg, nella serie di articoli "*Less is more*"³¹⁰, insistevano sulla necessità di confutare il mito che "se un trattamento è buono, fare di più è sempre meglio" e nel contempo, l'amministrazione Obama proponeva una riforma per ridimensionare i costi della sanità al fine di estenderne la copertura alla maggior parte dei cittadini americani, sulla quale i medici statunitensi si erano complessivamente espressi in modo favorevole, considerando che l'80% della spesa sanitaria dipendeva dalle loro scelte prescrittive.

L'*ABIM Foundation* ha in seguito promosso, con la collaborazione della maggiore organizzazione statunitense no profit e indipendente di consumatori (*Consumer Reports*) e di vari altri enti, tra cui Wikipedia, l'iniziativa *Choosing Wisely*[®] (Godlee, 2013; Davies, 2013; <http://slowmedicine.it>)³¹¹ allo scopo di favorire il dialogo tra medici e pazienti per aiutarli a scegliere cure

³¹⁰ Grady D., Redberg R.F. (2010). "Less is more: how less health care can result in better health", *Arch Intern Med*, Vol.170.

³¹¹ Godlee F. (2013). "Too much medicine", *BMJ*, Vol. 346.
Davies E. (2013). "When good care means less pay", *BMJ*, Vol. 347.
<http://slowmedicine.it>.

supportate dalle prove scientifiche, non ridondanti rispetto ad altri test precedentemente effettuati, senza rischi e realmente necessari. Un primo elenco di 45 test, ad opera di 9 società scientifiche, è stato reso pubblico a Washington il 4 aprile 2012. Pochi giorni dopo, l'editoriale del *New York Times* "Do you need that test?" affermava: "Se i costi legati all'assistenza sanitaria devono essere riportati sotto controllo, i medici della Nazione dovranno svolgere un ruolo trainante nell'eliminare i trattamenti non necessari". Ad oggi il progetto ha segnalato oltre 160 tra test e procedure. Riconoscendo che i pazienti necessitano migliori informazioni sulle loro cure, *Consumer Reports* sta sviluppando materiali educazionali e lavorando per disseminarli nella popolazione. Le raccomandazioni sui test ad alto o basso valore di *Choosing Wisely*[®] non dovrebbero essere usate per stabilire prescrizioni o esclusioni; piuttosto, sono intese a stimolare la discussione, a livello sia politico-sociale (Newman-Toker *et al.*, 2013)³¹² sia del singolo caso clinico, su ciò che è un trattamento appropriato e necessario. Poiché la situazione di ogni paziente è unica, medici e pazienti dovrebbero usarle come linee guida per determinare insieme un appropriato piano di trattamento. La campagna parte dal riconoscimento di due importanti fattori di successo di qualunque intervento di riduzione degli sprechi e di miglioramento della sicurezza e qualità dell'assistenza: il metodo

³¹² Newman-Toker D.E., McDonald K.M., Meltzer D.O. (2013). "How much diagnostic safety can we afford, and how should we decide? A health economics perspective", *BMJ Qual Saf*, Vol.22.

fortemente orientato all'operatività e il coinvolgimento contestuale dei professionisti e dei cittadini, su cui ricadono i costi sanitari (attraverso imposte, contributi sociali, premi assicurativi o spese dirette), resi consapevoli del differente valore correlato alle diverse procedure e posti in condizione di interagire col proprio medico (Richards *et al.*, 2013)³¹³.

Pur con numerose limitazioni (molte società hanno indicato come di basso valore alcuni test relativi a specialità diverse; molte procedure interventistiche o ad alto costo non sono state considerate, aumentando l'aspettativa per liste più coraggiose; i punteggi usati per la scelta delle procedure non sono stati resi pubblici (Morden *et al.*, 2014)³¹⁴ e in presenza di problematiche etiche non irrilevanti (Blumenthal-Barby, 2013)³¹⁵, questa iniziativa rappresenta comunque una novità considerevole, tanto che anche il mondo universitario inizia a proporre corsi curriculari sulla costo-efficacia degli interventi medici (Moriates *et al.*, 2013)³¹⁶.

Altri paesi stanno raccogliendo la sfida; il *British Medical Journal*, ad esempio, ha lanciato di recente la campagna "*Too much medicine*" per analizzare cause e rimedi dell'iperprescrizione

³¹³ Richards T., Montori V.M., Godlee F., Lapsley P., Paul D. (2013). "Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously", *BMJ*, Vol.346.

³¹⁴ Morden N.E., Colla C.H., Sequist T.D., Rosenthal M.B. (2014). "Choosing Wisely the politics and economics of labeling low-value services", *N Engl J Med*, Vol.370.

³¹⁵ Blumenthal-Barby J.S. (2013). ""Choosing wisely" to reduce low-value care: a conceptual and ethical analysis", *J Med Philos*, Vol.38.

³¹⁶ Moriates C., Soni K., Lai M., Ranji S. (2013). "The value in the evidence. Teaching residents to "Choose Wisely"", *JAMA Intern Med*, Vol.173.

di metodiche diagnostiche e trattamenti terapeutici (Godlee, 2013; Davies, 2013).

Il progetto italiano "Slow Medicine"

Nel nostro Paese il progetto Choosing Wisely è stato adottato dal movimento *Slow Medicine* (<http://slowmedicine.it>.) che si è proposto di coordinare un'analoga iniziativa tra le società scientifiche italiane, definendola "Fare di più non significa fare meglio". Un Gruppo di Regia ha avuto l'incarico di coordinare le proposte delle varie società e ha consigliato di individuare quelle pratiche che sono effettuate comunemente in Italia, non apportano benefici significativi ai pazienti e li espongono al rischio di subire effetti dannosi, allo scopo di "utilizzare in modo appropriato e senza sprechi le risorse disponibili".

Per ciascuna delle pratiche ogni società deve descrivere in modo sintetico, ma chiaro e non equivoco, il test, la procedura o il trattamento sanitario a rischio di inappropriatelyzza, indicare il comportamento prescrittivo suggerito e motivare ciascuna scelta con una breve, ma significativa, sintesi delle migliori conoscenze scientifiche relative ai benefici e ai rischi associati alla pratica, riportando anche i principali riferimenti bibliografici.

Nel progetto italiano, contrariamente a quello condotto negli Stati Uniti, si è deciso di non prendere in considerazione nella scelta la valutazione dei costi, per non esporlo alla critica di essere mirato a favorire tagli della spesa sanitaria ed evitare una presa di distanza da parte delle associazioni di pazienti, preoccupati che si

tratti di una manovra di razionamento e non di razionalizzazione. *Slow Medicine* favorirà gli scambi di informazioni tra le diverse società scientifiche e tra queste e le associazioni di cittadini con vari mezzi, compresi quelli audiovisivi; inoltre provvederà a diffondere presso l'opinione pubblica italiana sia l'iniziativa statunitense e le pratiche già individuate da *Choosing Wisely*, sia puntuali informazioni sull'evoluzione del progetto, cui la Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri ha ufficialmente concesso il proprio patrocinio, e sulle società scientifiche e associazioni aderenti. Pur non essendo focalizzato sugli aspetti economici, il progetto rappresenta, del tutto in linea con la dimostrazione di John Øvretveit, secondo la quale nel sistema sanitario la qualità non aumenta i costi ma anzi li riduce (Øvretveit, 2009)³¹⁷, la scommessa che attraverso il coinvolgimento dei professionisti sia possibile, anche in Italia, ridurre gli alti costi del servizio sanitario non attraverso tagli lineari, che ne mettono a serio rischio la sopravvivenza e accentuano ulteriormente le disuguaglianze tra i cittadini, ma intervenendo sulle cause più eclatanti di spreco. L'iniziativa affianca così gli interventi centrati prevalentemente sulla riduzione dei prezzi d'acquisto di beni e servizi (come la *spending review*); lo stesso processo di definizione dei livelli essenziali d'assistenza (attualmente in corso di revisione) può essere agevolato e

³¹⁷ Øvretveit J. (2009). "Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers", Evidence, the Health Foundation, London.

arricchito dalla progressiva differenziazione fra prestazioni a elevato valore e basso valore.

Framework teorico

La modifica dei comportamenti prescrittivi (diagnostico e/o terapeutico) dei medici, rappresenta una modifica sostanziale delle *routine* consolidate all'interno della struttura sanitaria. Essa rappresenta, infatti, un'iniziativa di cambiamento organizzativo tesa a modificare la cultura interna. Questi due elementi, cambiamento organizzativo e cultura organizzativa, attengono al campo di studio delle scienze sociali noto come Teoria Organizzativa.

Cultura organizzativa

Questo costrutto concettuale è stato introdotto da Pettigrew (1979)³¹⁸ e da allora molte definizioni sono state proposte dagli studiosi di organizzazione. La maggior parte di esse fa riferimento a norme, valori, significati ed interpretazioni condivise. Secondo Pettigrew la cultura è *"un sistema di significati accettati pubblicamente e collettivamente che operano per un dato gruppo di persone in un determinato tempo"*. Essa è costituita dai simboli, il linguaggio, l'ideologia, le credenze, i riti ed i miti. Tali elementi coadiuvano le persone ad interpretare le situazioni nelle quali si trovano ad operare.

³¹⁸ Pettigrew M. (1979). "On Studying Organizational Cultures", *Administrative Science Quarterly - Qualitative Methodology*, Vol. 24/4.

Schein (1990)³¹⁹, afferma che la cultura è *“ciò che un gruppo impara in un periodo di tempo, come quel gruppo risolve i suoi problemi di sopravvivenza nell’ambiente esterno e quelli di integrazione interna”*, ed ancora *“uno schema di assunti di base inventati, scoperti e sviluppati da un certo gruppo mentre impara ad affrontare i suoi problemi di adattamento esterno e di integrazione interna e che hanno funzionato abbastanza bene da essere considerati validi e quindi degni di essere insegnati ai nuovi membri come il modo corretto di percepire, pensare e sentire in relazione a quei problemi”*.

La cultura si manifesta a differenti livelli nelle organizzazioni. Secondo Schein (1984)³²⁰ è possibile distinguere tre livelli fondamentali, tra loro sovrapposti, in cui la cultura si manifesta, ovvero gli artefatti osservabili, i valori e gli assunti di base.

- ✓ Gli artefatti possono essere ricondotti all’intensità emozionale, per esempio al *layout* fisico di un’organizzazione, all’abbigliamento, all’odore ed al tatto (Gagliardi, 2011)³²¹;
- ✓ I valori permettono di regolare il comportamento degli individui di un’organizzazione e consentono quindi di capire il motivo delle loro azioni. Essi sono discutibili, espliciti e dichiaratamente accettati (Gagliardi, 1995)³²²;

³¹⁹ Schein E.H. (1990). *Organizational Culture, American Psychologist*, Vol.45/2.

³²⁰ Schein E.H. (1984). “Coming to a new awareness of organizational culture”, *Sloan Management Review*, Vol.25/4.

³²¹ Gagliardi P. (2011). *“Il gusto dell’organizzazione”*, Guerini e Associati, Milano.

³²² Gagliardi P., (a cura di), (1995). *“Le imprese come culture”*, Isedi, Torino.

✓ Gli assunti di base, invece, consentono di comprendere il modo in cui gli attori organizzativi sentono, percepiscono e ragionano. Essi sono dati per scontati, invisibili ed inconsci.

La funzione delle strutture cognitive, quali le credenze, valori, assunti di base, è quella di organizzare gli stimoli provenienti dall'ambiente esterno, dargli un senso e generare, quindi, negli individui un senso di predittività e di significato associato agli eventi. L'evoluzione della cultura è uno dei modi attraverso il quale un gruppo, o una organizzazione, preserva la sua integrità ed autonomia, fornendo a se stesso una identità che contribuisce a differenziarla dall'ambiente e dagli altri gruppi. Le organizzazioni tendono a conservare la propria cultura (equilibrio) nonostante le sollecitazioni provenienti dal contesto esterno continuamente in evoluzione. L'integrità del sistema culturale permane fino a quando non emerge una forza che provoca abbastanza squilibrio da determinare un cambiamento (Schein, 2004)³²³.

La cultura organizzativa nelle organizzazioni sanitarie è connotata da due diversi modelli di *management*: professionale ed amministrativo (Adair *et al.*, 2006a; 2006b). Laddove esistono, inoltre, culture professionali molto forti, come appunto negli ambiti sanitari, si formano subculture professionali che influenzano in modo rilevante le iniziative di cambiamento organizzativo

³²³ Schein E.H, (2004). "Organizational Culture and *Leadership*", Jossey-Bass (Wiley).

(Degeling *et al.*, 1998)³²⁴. Quando in una specifica subcultura viene posta l'enfasi su valori quali l'affiliazione al gruppo, il lavoro in *team* ed il coordinamento, si riscontra una diretta correlazione con elevate performance e pratiche orientate al miglioramento continuo. Viceversa, le culture organizzative che enfatizzano le strutture formali, regolamentazioni e rapporti gerarchici, sono associate negativamente ai processi di miglioramento della qualità (Scott *et al.*, 2003)³²⁵.

Sebbene esista in letteratura una corrente di pensiero che sostiene l'importanza di avere una unica e "forte" cultura organizzativa quale condizione primaria per assicurare il successo, nelle organizzazioni molto grandi e complesse si incontrano frequentemente numerose subculture che pur coesistendo, sono continuamente plasmate dall'esistenza dei rispettivi profili professionali. Tutte le subculture presenti in una organizzazione devono essere opportunamente identificate e gestite per allinearle rispetto agli obiettivi organizzativi condivisi, poiché esse forniscono contributi necessari e funzionali al raggiungimento di questi ultimi.

L'allineamento delle diverse subculture rappresenta una delle funzioni critiche assegnate alla *Leadership*. Un'errata gestione delle subculture, infatti, può causare conflitti che possono essere, talvolta, erroneamente classificati come "guerre" tra

³²⁴ Degeling P., Kennedy J., Hill M. (1998). "Do Professional Subcultures Set the Limits of Hospital Reform?", *Clinician in Management*, Vol.7.

³²⁵ Scott T., Mannion R., Marshall M., Davies H. (2003). "Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence", *J Health Serv Res Policy*, Vol.8/2.

dipartimenti/reparti, lotte di potere o conflitti personali, dando luogo in questo caso a conseguenze catastrofiche (Schein, 2004).

Nelle organizzazioni sanitarie è individuabile una evidente diversificazione della cultura organizzativa in subculture occupazionali. Ciò è dovuto, innanzitutto, alla chiara caratterizzazione delle risorse umane secondo profili professionali diversi (*manager*, medici, infermieri, *staff* di supporto), appartenenza a dipartimenti/reparti diversi, specializzazioni professionali diverse ed altri tipi di affiliazioni come ad esempio l'adesione a strutture esterne come per esempio i "*Clinical Network*"³²⁶. In aggiunta, la singola subcultura professionale può supportare, oppure negare o semplicemente coesistere, con i valori della cultura dominante (Scott *et al.*, 2003).

Cambiamento organizzativo

Lo studio del cambiamento organizzativo si è sviluppato secondo tre dimensioni specifiche: livello del cambiamento (all'interno di una singola organizzazione, in strutture organizzative multiple, settori industriali), tipo di cambiamento (incrementale o radicale, I ordine o II ordine), modalità di cambiamento (*top down* attraverso una logica di tipo

³²⁶ I "*Clinical Network*" sono strutture a rete create dal *National Healthcare System* (NHS) allo scopo di ottenere miglioramenti significativi nella erogazione dei servizi sanitari. Essi sono costituiti da gruppi di operatori sanitari, ospedali e altri fornitori e commissari governativi che hanno interagito per apportare miglioramenti nella loro area di competenza, in un particolare percorso di cura o per un particolare gruppo di pazienti.

deterministico, *bottom-up* o emergente, volontaristico, generativo) (Ferlie e Shortell, 2001)³²⁷.

Poiché la maggior parte dei servizi sanitari sono prodotti da gruppi di individui o team, si può affermare che il *team* rappresenta una leva potenzialmente potente per realizzare il cambiamento in ambito sanitario.

Esistono in letteratura evidenze empiriche che i *team* funzionanti in maniera efficace sono associati con servizi sanitari di più alto livello di qualità (Ferlie e Shortell, 2001). Incidentalmente la costruzione di *team* efficaci in ambito sanitario rimane talvolta problematica per la mancanza di un contesto organizzativo che agevoli la realizzazione di valide strategie di *Team Building*. Considerato, inoltre, le previsioni di un futuro incremento della popolazione anziana con più malattie croniche, sarà sempre di più importante considerare il coordinamento e il miglioramento della qualità dei servizi sanitari attraverso i diversi *team* coinvolti (Ferlie e Shortell, 2001).

La progettazione e realizzazione d'iniziativa di cambiamento organizzativo ha visto delinarsi due approcci preminenti: l'approccio "pianificato" e quello c.d. processuale".

L'approccio c.d. "processuale" parte dalla considerazione che il cambiamento organizzativo presenta un elevato tasso di insuccesso e quindi propone di reconsiderarlo come un processo

³²⁷ Ferlie E. B., Shortell S.M. (2001). "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", *The Milbank Quarterly*, Vol. 79/2.

emergente, continuo ed imprevedibile, privo di un inizio ed una fine ben definita (Weick e Quinn, 1999)³²⁸.

L'approccio pianificato (*planned approach*) trae origine dal lavoro di Kurt Lewin che indirizzò i suoi studi sul cambiamento portato a livello dei gruppi di persone (Scuola della Dinamica dei Gruppi). Allo scopo di schematizzare l'evoluzione delle norme e dei valori di un gruppo di persone coinvolte in progetti di cambiamento, Lewin propose un modello formato da tre step: *unfreezing, change, refreezing*.

Nell'approccio pianificato la fase di *unfreezing* (scongelamento) serve a creare nei partecipanti una sufficiente motivazione al cambiamento. In questa fase si possono distinguere tre differenti sottoprocessi che concorrono a creare questa motivazione: (i) portare dati di confutazione, relativi agli assunti-valori-credenze attualmente adottati e condivisi, per creare un sufficiente senso di disagio e di squilibrio sottolineando che qualcosa, data finora per scontata, è sbagliata; (ii) individuare una connessione diretta tra i dati di confutazione e gli obiettivi preminenti da realizzare provocando così ansia e/o senso di colpa; (iii) instillare nei partecipanti la sicurezza di poter risolvere il problema apprendendo qualcosa di nuovo senza perdere identità o l'integrità (*psychological safety*) (Schein, 2004).

³²⁸ Weick K.E., Quinn E.R. (1999). "Organizational change and development", *Annual Review of Psychology*, Vol.50.

Necessità di un approccio metodologico

Considerate le caratteristiche della cultura organizzativa e la sua intrinseca complessità, il cambiamento culturale rappresenta una sfida significativa (Cummings, Worley, 1997)³²⁹.

Vari studi, effettuati allo scopo di analizzare la gestione di processi di cambiamento pianificato, hanno evidenziato che il tasso di fallimento si aggira intorno al settanta per cento (Beer e Nhoria, 2000)³³⁰. Sebbene vi sia un diffuso consenso circa l'entità della percentuale di insuccessi, non si riscontra uguale unanimità circa le cause che la determinano. I motivi dell'elevato tasso di insuccesso che vengono riferiti più frequentemente in letteratura sono le resistenze al cambiamento, il ruolo del *change manager* nel gestire il processo, la scarsa partecipazione o coinvolgimento dei partecipanti dovuta alla direzione/gestione del cambiamento non condivisa e calata dall'alto, la specifica cultura organizzativa, la dimensione della organizzazione ed il conseguente livello di rigidità/flessibilità, oppure la rilevanza degli obiettivi sottesi al cambiamento (Werkman, 2009)³³¹.

Ferlie e Shortell (2001) sostengono che per massimizzare la probabilità di successo di un'iniziativa di cambiamento organizzativo in un'organizzazione sanitaria, occorre agire su quattro diversi livelli: individuale, *team*, l'intera organizzazione ed

³²⁹ Cummings T., Worley C. (1997). "Managing Change", in "Organizational development and change", South West College Publishing, Cincinnati.

³³⁰ Beer M., Nhoria N. (2000). "Cracking the code of change", *Harvard Business Review*, Vol.3.

³³¹ Werkman R.A. (2009). "Understanding failure to change: a pluralistic approach and five patterns", *Leadership & Organization Development Journal*, Emerald Group Publishing Limited, Bingley, London.

infine, il contesto organizzativo esterno nel quale la singola organizzazione è integrata.

In particolare il cambiamento organizzativo a livello individuale può realizzarsi secondo tre diverse modalità o strategie (Bennis *et al.*, 1985)³³²:

- educative/empirico-razionali (gli individui, guidati dalla ragione, valuteranno in maniera razionale quali sono i propri interessi per determinare i cambiamenti necessari nel comportamento);
- normative/persuasive (gli individui sono guidati dai significati, abitudini e valori interiorizzati);
- potere di coercizione (le sanzioni politiche ed economiche e le strategie di regolamentazione).

Nella gestione del processo di cambiamento della cultura organizzativa è importante che i *manager* adottino una chiara ed efficace comunicazione e che siano incoraggiati a diventare, essi stessi, modelli di ruolo conformi ai comportamenti che si intendono diffondere nell'organizzazione. In generale occorrerà che la gestione dell'iniziativa di cambiamento culturale sia connotata da una *leadership* visibile, attiva e chiara, che renda possibile ed incentivi il coinvolgimento attivo delle persone nella pianificazione del cambiamento, eserciti una comunicazione efficace per facilitare la comprensione degli obiettivi ed, infine, sviluppi eventuali nuove competenze necessarie al raggiungimento

³³² Bennis W.G., Kenneth D.B., Chin R. (1985). "The Planning of Change", 4th Edition. Rinehart and Winson, Holt, NY.

dei risultati ed al loro mantenimento nel tempo (Heracleous, 2001)³³³.

Considerazioni

Le modalità di realizzazione del progetto "*Fare di più non significa fare meglio*" sono state orientate ai dipartimenti ed ai relativi gruppi di medici, con una pianificazione generale definita a livello macro, lasciando che l'iniziativa evolvesse in maniera autonoma nei diversi reparti.

Allo scopo di assicurare il successo d'iniziative simili e di sedimentare le esperienze già acquisite e quelle che lo saranno nel prosieguo dell'iniziativa fino alla fine del progetto, si considera importante formalizzare un insieme di pratiche, o se si preferisce una metodologia specifica da utilizzare per eventuali iniziative simili da attivarsi in futuro. Un approccio metodologico dovrà tener conto degli obiettivi associati all'iniziativa in parola che sono limitati, ciò non di meno dovranno essere assicurate le opportune azioni di *follow-up* per la verifica dei risultati conseguiti *in-itinere* ed *ex-post*.

La metodologia sarà configurata sul modello di Kurt Lewin, considerando il progetto in questione come un intervento di cambiamento "pianificato". Ciò non di meno dovrà essere considerato il carattere *bottom-up*, cioè emergente, che è stato associato alla implementazione del progetto nei singoli dipartimenti. A tale riguardo, dovranno essere definiti opportuni

³³³ Heracleous, L. (2001). "An ethnographic study of culture in the context of organizational change", *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 37/4.

strumenti di gestione delle attività e di *reporting* dei risultati intermedi e finali. Tra questi, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, ricordiamo le tecniche di *brainstorming*, *reporting* sintetico, gestione *meeting*. Per assicurare un'uniformità d'attivazione e gestione del processo di cambiamento, attraverso i diversi dipartimenti, dovranno essere definite poche ed essenziali regole di *governance* del processo di cambiamento.

In buona sostanza l'approccio metodologico consisterà nella specificazione, per ciascuno dei tre step, o fasi, i seguenti elementi:

- ✓ le azioni propedeutiche (*check-in list*),
 - ✓ obiettivi da realizzare,
 - ✓ le azioni *ex-post* da assicurare per considerare chiusa la fase (*check-out list*),
 - ✓ gli strumenti di *management* eventualmente da utilizzare a supporto.
-

3.4 Creatività - Improvvisazione in Chirurgia Generale e d'Urgenza

Il lavoro di cui al presente paragrafo, viene presentato in una forma aggiornata ed ampliata, ma limitata al caso della chirurgia generale e d'urgenza. Esso risulta, quindi, parzialmente integrato in un *working paper* (Leone L., Pirozzi M.G., Sicca L.M., 2014, "Loosing power and accepting vulnerability. Organizational improvisation under the microscope in non-managerial improvisation") presentato dalla scrivente al convegno 30th EGOS Colloquium "Reimagining, Rethinking, Reshaping: Organizational Scholarship in Unsettled Times", Rotterdam School of *Management* (3 - 5 luglio 2014). Il *working paper*, sopra riferito, ha investigato sulle caratteristiche dei processi d'improvvisazione in quattro diversi domini applicativi: Chirurgia generale e d'urgenza, alta cucina, musica ed insegnamento. Tali domini sembrano caratterizzati dalla presenza di pratiche improvvisative "on the spot", ossia con performance eseguite in tempo reale, e da una relazione istituzionale tra *leader* e *member* (Bass e Avolio, 1994; Bryman, 1992; Graen e Uhl-Bien, 1995; Ilies *et al.*, 2007)³³⁴.

Creatività ed Improvvisazione organizzativa – un modello

Negli ultimi anni la letteratura relativa ai due temi della creatività organizzativa ed improvvisazione organizzativa ha visto uno spiccato incremento dell'attenzione degli studiosi. Tuttavia, non è stata prestata molta attenzione, finora, allo studio dei legami che intercorrono tra questi due costrutti concettuali (Fisher e Amabile, 2009)³³⁵.

³³⁴ Bass B.M., Avolio B.J. (1994). "Transformational Leadership: Improving organizational effectiveness", Sage, Thousand Oaks, CA.

Bryman A. (1992). "Charisma and Leadership in Organizations", Sage, Newbury Park, CA.

Graen G.B., Uhl-Bien M. (1995). "Relationship-based approach to leadership: Development of leader-member exchange (LMX) theory of leadership over 25 years: Applying a multi-domain perspective", *The Leadership Quarterly*, Vol.6.

Ilies R., Nahrgang J.D., Morgeson F.P. (2007). "Leader-member exchange and citizenship behaviors: A meta-analysis", *Journal of applied Psychology*, Vol. 92.

³³⁵ Fisher C.M., Amabile T. (2009). "Creativity, Improvisation and Organizations", in Richards T., Runco M.A., Moger S. (eds) "The Routledge Companion of Creativity", Routledge, New York.

Le condizioni di contesto delineate nel paragrafo introduttivo di questo lavoro, delineando una situazione di generale incertezza ed imprevedibilità, giustificano l'interesse crescente degli studiosi, operanti nel campo della teoria organizzativa, per il tema della creatività nelle organizzazioni. Le organizzazioni, infatti, devono affrontare una realtà connotata da turbolenza e complessità, una feroce competizione e ristrettezza di *budget*, che le obbligano ad operare in condizioni di scarsità di risorse ed elevata imprevedibilità. Questo richiede alle organizzazioni di fare leva sulla creazione di conoscenza, essendo pronte ad operare, in qualsiasi momento, oltre le azioni pianificate (Hatch, 1999; Mintzberg, 1994)³³⁶.

L'improvvisazione è una condizione che agevola un buon sviluppo della strategia (Eisenhardt, 1997)³³⁷, ed è in grado di supportare l'apprendimento strategico nelle organizzazioni sanitarie (O'Sullivan, 1999)³³⁸.

Anderson (2002)³³⁹ ha descritto l'improvvisazione come una nuova forma di *leadership*. Handyside e Parkinson (1999)³⁴⁰ hanno illustrato la significatività dell'improvvisazione nel conseguire l'efficacia del lavoro dei *team* nelle organizzazioni sanitarie.

³³⁶ Hatch M.J. (1999). "Exploring the empty spaces of organizing: How improvisational jazz helps redescribe organizational structure", *Organization Studies*, Vol. 20/1.

Mintzberg H. (1994). "The Fall and Rise of Strategic Planning", *Harvard Business Review*, Vol. 72/1.

³³⁷ Eisenhardt K.M. (1997). "Strategic Decisions and All That Jazz", *Business Strategy Review*, Vol. 8/3.

³³⁸ O'Sullivan M.J. (1999). "Strategic learning in healthcare organizations", *Hospital Topics*, Vol. 77/3.

³³⁹ Anderson L. (2002). "Theorized improvisation--a new type of *leadership*", *Plastic surgical nursing*, Vol. 22/3.

³⁴⁰ Handyside J., Parkinson, J. (1999). "Team-based planning: new tools for new times", *Healthcare Management Forum*, Vol. 12/2.

I razionali che giustificano lo sviluppo dell'improvvisazione come *skill* professionale possono essere classificati in tre categorie (Irgens, 2008):

1) situazioni nelle quali si palesano i limiti della conoscenza degli esperti davanti a situazioni mai verificatesi prima;

Un esempio, riportato in letteratura, è quello del soldato francese ferito al volto, in maniera gravissima, durante la battaglia d'Anversa del 1832. In quell'occasione, infatti, i medici-chirurghi restarono interdetti, poiché non avevano sufficienti esperienze per risolvere la gravissima lesione maxillo-facciale riportata dal soldato. Il problema fu risolto dai medici coinvolgendo un artigiano argentiere che produsse, su loro istruzione, un manufatto d'argento, che riproduceva la forma della mascella distrutta, e che gli stessi medici impiantarono, con successo, al paziente. Quest'ultimo recuperò la funzionalità della parte anatomica così ricostruita e con essa la possibilità di parlare e mangiare. In questo caso, quindi, un'improvvisazione interdisciplinare, permise di riabilitare il paziente (Kaufman *et al.*, 1997)³⁴¹.

2) mancanza di risorse, per esempio quando si verifica la mancanza di strumenti o materiali, come può essere il caso di ospedali operanti nei paesi in via di sviluppo (O'Donohoe *et al.*, 1988)³⁴²;

3) impossibilità di prevedere eventi nonostante sia stata effettuata una accurata pianificazione. L'improvvisazione è considerata, in

³⁴¹ Kaufman M.H., McTavish J., Mitchell R. (1997). "The gunner with the silver mask: observations on the *management* of severe maxillo-facial lesions over the last 160 years", *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburg*, Vol.42/6.

³⁴² O'Donohoe B.P., Page R.J., Awini C. (1988). "Where there is no laryngoscope", *Anaesthesia*, Vol.43/11.

questo caso, come un necessario complemento alla pianificazione e la preventiva definizione di operatività standard in condizioni di emergenza (*contingency operations*). L'improvvisazione può rappresentare, quindi, uno strumento di risposta alla complessità della realtà operativa che può emergere in maniera improvvisa ed incontrollabile. A tale riguardo, è interessante qui riferire di un caso di studio che presenta il sistema-ospedale come un sistema dinamico complesso che evolve ai confini tra l'ordine ed il caos (*edge of chaos*) evolvendo tra le fasi caratteristiche che sono attivate, a loro volta, da perturbazioni esterne e/o interne (Cosentino e Cosentino, 2015)³⁴³.

Per "creatività organizzativa" s'intende il processo di generazione di nuove idee per nuovi prodotti, servizi, processi o strategie, di appropriata utilità e valore (Fisher e Amabile, 2009). Il processo di creatività emerge dal campo della psicologia e la sua tradizionale definizione si basa sul fondamentale lavoro di Wallas (1926)³⁴⁴. Wallas ha sostenuto, infatti, che il processo di creatività si basa su quattro stadi distinti:

- (1) Preparazione, nel quale il problema da risolvere è rilevato ed i dati ad esso relativi sono identificati;
- (2) Incubazione, in cui il problema è "lasciato solo" per un po' mentre la mente incosciente ci lavora su;

³⁴³ Cosentino C., Cosentino L. (2015). "DMPO come attrattore del sistema-ospedale – Possibile modello concettuale", Comunicazione presentata al 41° Congresso Nazionale ANMDO – Parma, 30 Settembre – 2 ottobre 2015.

³⁴⁴ Wallas G. (1926). "The Art of Thought", Harcourt, Brace & Company, New York.

(3) Illuminazione, in cui l'idea o la soluzione al problema improvvisamente emerge;

(4) Verifica, in cui l'idea o la soluzione viene verificata rispetto ai criteri di accettabilità.

Questa visione del processo creativo, fasato e pianificato su più step successivi, associato per esempio alla produzione di nuovi prodotti/servizi, viene generalmente riferito in letteratura come "*compositional theory of creativity*" (Fisher e Amabile, 2009).

Tuttavia, il processo creativo può assumere un'altra forma che è denominata "*improvisational creativity*" (Sawyer, 2000)³⁴⁵, che è legata a tre principali situazioni organizzative: risposte a crisi emergenti, risposte ad inattese opportunità e risposte generate come parte di un più ampio processo creativo di tipo "composizionale".

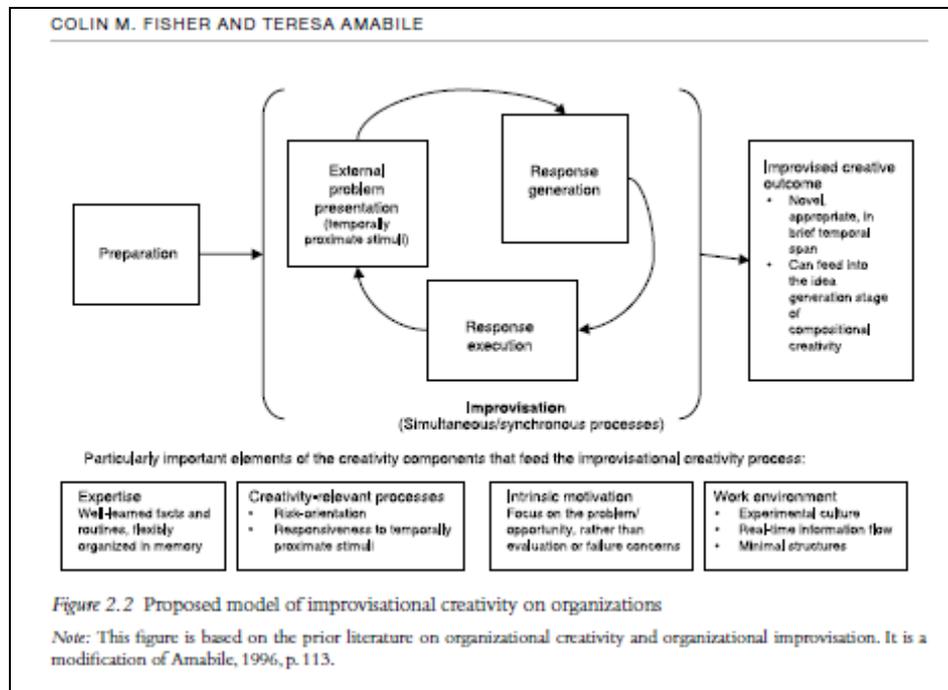
Fisher e Amabile (2009), hanno osservato che la "*improvisational creativity*" dovrebbe includere un elemento chiave che i teorici dell'improvvisazione non avevano considerato in precedenza: la c.d. "*responsiveness to temporally proximate stimuli*". Questo elemento chiave rappresenta la reattività, o prontezza a reagire (*responsiveness*), a qualsiasi pertinente fattore situazionale osservabile nel momento dell'azione o immediatamente prima di esso (*temporally proximate stimuli*).

Fisher e Amabile (2009), basandosi su precedenti lavori relativi alla creatività organizzativa, ed in particolare la Teoria

³⁴⁵ Sawyer R.K. (2000). "Improvisation and the creative process: Dewey, Collingwood, and the aesthetics of spontaneity", *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, Vol. 58.

composizionale della creatività organizzativa (*compositional theory*) (Amabile, 1988, 1996)³⁴⁶, e tenendo conto della nuova idea circa la “prontezza a reagire a stimoli osservabili nel momento stesso di intraprendere l’azione o immediatamente prima”, hanno proposto un modello preliminare che descrive il processo della improvvisazione creativa nelle organizzazioni.

Figura 3.12 Improvvisazione Creativa – Modello di Fisher & Amabile (2009).



Tratto da Fisher e Amabile (2009)

Il Modello raffigurato nella figura sopra riportata differisce dai modelli della *compositional creativity* proposti in precedenza poiché presenta due caratteristiche distintive: (i) lo step di *Preparazione* precede il processo di *Improvvisazione*, (ii) le fasi

³⁴⁶ Amabile T.M. (1988). “A model of creativity and innovation in organizations”, in B. M. Staw and L.L. Cummings (eds), *Research in Organizational Behavior*, JAI Press, Greenwich, CT.

Amabile T.M. (1996). “*Creativity in Context*”, Westview Press, Boulder, CO.

sono "fluide" nel senso che gli step di "presentazione del problema", "generazione della risposta", "esecuzione della risposta" avvengono virtualmente in maniera simultanea. Questo perché la natura stessa degli eventi richiede una risposta immediata.

La generazione della risposta e la sua esecuzione convergono nello stesso momento, essendo al tempo stesso sollecitate e conformate dai "*temporally proximate stimuli*". Questi ultimi forniscono informazioni e rappresentano (modellano) il problema da risolvere che, a sua volta, è stato generato ed imposto dall'ambiente esterno.

Il modello di Fisher e Amabile, qui riferito, contrasta con i tradizionali modelli di *compositional creativity* per la simultaneità degli step che descrivono il processo dell'improvvisazione (*problem presentation, response generation ed execution*) e per il ruolo svolto dalla fase iniziale di preparazione.

Creatività ed innovazione in Chirurgia d'Urgenza

L'improvvisazione è sempre stata tradizionalmente associata con la musica, per esempio il jazz, ed altre forme artistiche come il dramma, il canto lirico italiano, la pittura, la letteratura e la narrativa (Irgens, 2008)³⁴⁷. Questo autore rileva che negli ultimi anni si registra un incrementato interesse verso il tema

³⁴⁷ Irgens E.J. (2008). "*Playful teasing in liminal space - A critical view on organizational improvisation*", Nord-Trøndelag University College Report no. 48, Faculty of Economics, Organisation and *Leadership* The Danish University of Education, Learning Lab Denmark.

dell'improvvisazione che viene considerata come una competenza fondamentale anche al di fuori della sfera più propriamente artistica. Alcuni autori, per esempio, rilevano l'importanza della improvvisazione nella musicoterapia (Bruscia, 1987)³⁴⁸, nell'insegnamento (Bergum, 2003)³⁴⁹, in medicina (Aring, 1973; Boyd-Mond, 1996)³⁵⁰ ed in chirurgia (Govila, 1993)³⁵¹. Altri ricercatori affermano che la capacità d'improvvisazione sia un segno distintivo di buona pratica (Schön, 1991; Dreyfus e Dreyfus, 1986)³⁵².

Miner, Bassoff e Moorman (2001)³⁵³ definiscono l'improvvisazione come "la fusione deliberata e sostanziale della progettazione e dell'esecuzione di una nuova produzione".

L'improvvisazione è considerata come un processo creativo caratterizzato da spontaneità, estemporaneità e dall'espletamento dell'azione in tempo reale (Cunha *et al.*, 1999; Vera e Crossan, 2004; 2007)³⁵⁴; un processo intenzionale che implica coscienza

³⁴⁸ Bruscia K. E. (1987). *"Improvisational models of music therapy"*, ThomasPub Ltd, Springfield, Illinois USA.

³⁴⁹ Bergum V. (2003). "Relational pedagogy. Embodiment, improvisation, and interdependence", *Nursing philosophy*; Vol. 4/2.

³⁵⁰ Aring C. A. (1973). "Improvisation", *The Journal of the American Medical Association*, Vol.225.

Boyd-Monk, H. (1996). "Improvisation". *Journal of Ophthalmic Nursing and Technology*, Vol.15/4.

³⁵¹ Govila A. (1993). "Improvisation in wrap-around toe-to-thumb transfer", *Acta Chirurgiae Plasticae*, Vol.35 no. 3-4.

³⁵² Schön D. A. (1991). "The Reflective turn. Case studies in and on educational practice", Teachers College, Columbia University, New York.

Dreyfus H. L., Dreyfus S. E. (1986). *"Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer"*. Free Press, New York.

³⁵³ Miner A.S., Bassoff P., Moorman C. (2001). "Organizational Improvisation and Learning: A field Study", *Administrative Science Quarterly*, Vol.46 N.2.

³⁵⁴ Cunha M.P., Cunha J.V., Kamoche K. (1999). "Organizational improvisation: What, when, how, and why", *International Journal of Management Reviews*, 1/3.

Vera D., Crossan M. (2004). "Theatrical improvisation", *Lessons for organizations, Organization Studies*, 25.

dell'azione ed allo stesso tempo una deviazione dalle pratiche stabilite e consolidate (Garud e Karnøe, 2001)³⁵⁵; in un processo continuo finalizzato all'ottenimento di un nuovo risultato (Miner *et al.*, 2001; Gong, Baker e Miner, 2006; Cunha *et al.*, 2007)³⁵⁶.

L'improvvisazione è, dunque, per definizione, un processo creativo perchè nella sua natura vi è una generazione di un nuovo risultato la cui utilità potenziale è incorporata nel contesto immediato dell'azione.

Mentre l'immagine dominante in letteratura circa i costrutti concettuali d'innovazione ed *entrepreneurship* riflette lo scenario lineare e sequenziale di "progettazione che precede l'esecuzione", lo scenario relativo all'improvvisazione, in modo complementare, considera una convergenza delle fasi di progettazione e di esecuzione. In questa prospettiva, gli individui non agiscono seguendo un processo strutturato con obiettivi chiari indipendenti dall'azione (Baker *et al.*, 2003)³⁵⁷. Come affermano Moorman e Miner (1998b)³⁵⁸ "ci sono casi in cui la costituzione e l'esecuzione di un'azione convergono nel tempo così che, al limite, esse avvengono simultaneamente".

Vera D., Crossan M. (2007). "Reconciling learning paradoxes through improvisation", Proceedings of OLKC 2007.

³⁵⁵ Garud R., Karnøe P. (2001). "Path creation as a process of mindful deviation", in Garud R. and Karnøe P., *Path dependence and creation*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.

³⁵⁶ Gong Y., Baker T., Miner A.S. (2006). "Capabilities and Routines in in New Organizations: Evidence from the Field", Unpublished Paper.

Cunha M.P., Cunha J.V., Chia R. (2007). "Routine as deviation", Unpublished Paper.

³⁵⁷ Baker T., Miner A.S., Eesley D.T. (2003). "Improvising firms: bricolage, account giving and improvisational competencies in the founding process", *Research Policy*, Vol.32.

³⁵⁸ Moorman C., Miner A.S. (1998b). "The Convergence of Planning and Execution: improvisation in New Product Development", *Journal of Marketing*, Vol. 63/3.

Alcuni autori affermano che l'improvvisazione può essere considerata un processo d'apprendimento (Miner *et al.*, 2001; Crossan *et al.*, 2005; Vera and Crossan, 2007)³⁵⁹ di nuove conoscenze, capacità e competenze.

Come notano Crossan *et al.* (2005), i ricercatori hanno dato per scontato il fatto che l'improvvisazione costituisca un modo per raggiungere performance più elevate, anche se "l'improvvisazione non è di per sé una cosa buona". Difatti i comportamenti connessi alle pratiche d'improvvisazione potrebbero generare risultati più o meno efficaci dal momento che spesso l'efficacia ed il successo dell'improvvisazione sono principalmente basati sulle abilità di chi improvvisa e sul dominio di conoscenza accumulato (Hmieleski e Corbett, 2008)³⁶⁰. Vera e Crossan (2004; 2005)³⁶¹ affermano che ci sono diversi fattori che potrebbero influenzare l'efficacia dell'improvvisazione a livello organizzativo, per esempio la cultura sperimentale, l'informazione in tempo reale, la comunicazione, la memoria ed alcuni fattori individuali come ad esempio le competenze e l'abilità di lavoro in gruppo che potrebbe, quindi, influire sulle performance a livello del gruppo. A tal riguardo, esiste un condiviso punto di vista secondo cui un'improvvisazione altamente efficace dipenda dalle abilità di chi improvvisa (Vera e

³⁵⁹ Crossan M., Cunha M.P., Vera D, Cunha J. (2005). "Time and organizational improvisation", *Academy of Management Review*, Vol.30/1.

³⁶⁰ Hmieleski K.M., Corbett A.C. (2008). "The contrasting interaction effects of improvisational behavior with entrepreneurial self-efficacy on new venture performance and entrepreneur work satisfaction", *Journal of Business Venturing*, Vol. 23/4.

³⁶¹ Vera D., Crossan M. (2005). "Improvisation and Innovative Performance in Teams", *Organization Science*, Vol.16/3.

Crossan, 2005; Leybourne e Sadler-Smith, 2006)³⁶². Parte della letteratura sull'improvvisazione ha esaminato empiricamente l'impatto dell'improvvisazione su diversi tipi e livelli di performance. La conclusione condivisa di tali studi è l'assenza di un effetto diretto dell'improvvisazione sulle performance. Ciò detto, quindi, sembrerebbe opportuno verificare le modalità attraverso cui vengono condotte le pratiche dell'improvvisazione e comprendere quali possano essere i risultati di questo processo a livello di tutta l'organizzazione.

Secondo Vera e Crossan (2005) l'improvvisazione conduce alla creazione di nuove capacità e *routine*. Secondo gli stessi autori, solo apparentemente le pratiche organizzative consolidate costituiscono un ostacolo all'improvvisazione, dal momento che l'improvvisazione efficace necessita di capacità di improvvisazione e della costruzione di *routine*. Si comprende, quindi, come la ricombinazione delle *routine* e della successiva sedimentazione delle stesse nella memoria organizzativa sia in grado di produrre nuove capacità e di avviare e sviluppare, all'interno dell'organizzazione, l'apprendimento organizzativo.

"The relationship between improvisation and learning remains still unexplored in literature. Actually, despite literature has considered improvisation as a mechanism of knowledge and routines recombination, it is still unclear how this recombination is

³⁶² Leybourne S., Sadler-Smith E. (2006). "The role of intuition and improvisation in project management", *International Journal of Project Management*, Vol.24.

achieved and how improvisation becomes a systematic form of unplanned experimentation" (Leone, 2010)³⁶³.

Considerando l'esistenza di questo *gap* in letteratura, si è inteso esplorare la relazione tra improvvisazione ed apprendimento, chiarendo come avviene la ricombinazione delle *routine* organizzative, a partire dalla evidenza empirica esplorata attraverso le interviste effettuate.

Circa la relazione tra improvvisazione ed apprendimento, si è espresso Weick (1996)³⁶⁴, secondo il quale l'improvvisazione è un "*sensemaking* retrospettivo", ovvero si può dare un senso a ciò che accade solo dopo che è accaduto. Ed ancora, secondo Weick, discontinuità e *shock* possono portare a riconsiderare il senso che si era dato a esperienze precedenti, alle quali si era attribuito un senso diverso ed, inoltre, generazioni consecutive di senso possono sovrapporsi tra loro.

In accordo a questa visione, il processo d'improvvisazione potrebbe essere considerato come un auto-apprendimento di tipo *double loop* (Argyris e Schön, 1978). Questo tipo di apprendimento, secondo gli autori, ha luogo quando l'individuo e quindi l'organizzazione si interroga circa la validità dei valori, degli assunti e delle politiche che hanno portato all'espletarsi delle azioni. Qualora l'organizzazione riesca a modificarli e quindi ad

³⁶³ Leone L. (2010). "A critical Review of Improvisation in Organizations: Open Issue and Future Research Directions", *Druid Summer Conference on "Opening Up Innovation: Strategy, Organization and Technology"*, Imperial College London Business School.

³⁶⁴ Weick K.E. (1996). "Drop your tools: an allegory for organizational studies", *Administrative Science Quarterly*, Vol.41.

incidere su di essi in un'ottica strategica, l'organizzazione attua un apprendimento di tipo *double-loop*. Quest'ultimo si differenzia da quello di tipo *single-loop* in quanto esso consiste in una valutazione circa i risultati programmati e quelli ottenuti.

Sviluppare la capacità di auto-apprendimento attraverso l'improvvisazione, quindi, potrebbe essere uno strumento per accrescere la capacità simbolica degli individui, cioè la capacità di astrazione per applicare saperi astratti in diversi domini.

Tale capacità risulta indispensabile alla luce dei cambiamenti repentini del mercato globale che sottopongono i modelli di competenza, propri delle organizzazioni, ad uno stress continuo che può determinare il loro fallimento nel lungo periodo. A tal proposito, Briscoe e Hall (1997)³⁶⁵ suggeriscono di sviluppare negli attori organizzativi due particolari attitudini, piuttosto che concentrarsi su modelli di competenze standard. Gli autori definiscono queste attitudini metacompetenze e consistono in *selfawareness* e *adaptability*. Sviluppando tali metacompetenze, gli individui sono maggiormente in grado di apprendere dalle proprie esperienze e sviluppare nuove competenze in maniera autonoma.

La conoscenza tacita che risiede nella mente delle persone, cioè il Capitale Umano, è compreso tra gli *asset* intangibili possedute dalle organizzazioni (Barney, 1991), ed esso

³⁶⁵ Briscoe J.P., Hall D.T. (1997). "Grooming and picking leaders: Using competency frameworks: Do they work. An alternative approach and new guidelines for practice", *Organizational Dynamics*, Autumn, 37-51.

contribuisce a determinare il vantaggio competitivo di queste ultime. Per questo, assume fondamentale importanza formare, sviluppare il capitale umano, sedimentando opportunamente le esperienze via via maturate da quest'ultimo all'interno delle organizzazioni. Il processo d'apprendimento, infatti, avviene non soltanto attraverso l'istruzione formale e con la successiva *long life learning*, ma anche grazie alle esperienze ed alle attitudini individuali eventualmente acquisite nel corso del tempo.

L'attuale congiuntura, quindi, forza le aziende ad approntare soluzioni sempre nuove. Tale processo di *problem solving* poggia non soltanto sulle *routine* consolidate ma anche su un significativo processo di creatività e di improvvisazione, che soltanto i singoli individui possono apportare all'organizzazione.

Secondo Moorman e Miner (1998a)³⁶⁶, infatti, il costrutto concettuale d'improvvisazione è connesso con l'idea di *problem solving* effettuato in situazioni estreme. In questi casi, infatti, la pratica dell'improvvisazione può rappresentare una risposta a situazioni emergenziali che si verificano in modo inaspettato.

Tutto ciò detto, si può affermare, quindi, che sviluppare la capacità d'improvvisazione può rappresentare un valido strumento d'apprendimento dei singoli individui ed eventualmente della intera organizzazione.

Diversi studi hanno messo in luce che le *routine* possiedono intrinsecamente la capacità di cambiare, se necessario, se stesse

³⁶⁶ Moorman C., Miner A.S. (1998a). "Organizational improvisation and organizational memory", *Academy of Management Review*, Vol. 23/4.

nel tempo (Feldman, 2000; 2003)³⁶⁷. Le *routine*, inoltre, sono in grado di determinare la flessibilità organizzativa (Feldman e Pentland, 2003)³⁶⁸.

Secondo Nelson and Winter (1982) le *routine* organizzative sono "*organizational memory*" e costituiscono, quindi, un deposito di conoscenza tacita (Winter, 1994; 2003; Teece e Pisano, 1994; Teece, Pisano, Shuen, 1997)³⁶⁹.

Secondo Dawkins (1976)³⁷⁰ i meme sono "unità d'imitazione culturale". In letteratura esistono diverse definizioni di meme, ma tutte considerano questo costrutto come "portatore di conoscenza".

Approccio e metodologia dell'indagine

La ricerca si è basata su un'indagine esplorativa qualitativa con l'obiettivo di comprendere come viene attuata l'improvvisazione e quali sono i possibili risultati del processo di improvvisazione nell'ambito del dominio applicativo della chirurgia generale e di urgenza. E' stato condotto un processo di costruzione teorica di tipo induttivo per investigare circa il

³⁶⁷ Feldman M.S. (2000). "Organizational Routines as a source of continuous change", *Organisation Science*, Vol.11.

Feldman M.S. (2003). "A performative perspective on stability and change in organizational routines", *Industrial and Corporate Change*, Vol.12.

³⁶⁸ Feldman M.S., Pentland B.T. (2003). "Reconceptualizing Organizational Routines a source of flexibility and change", *Administrative Science Quarterly*, Vol.48.

³⁶⁹ Winter S.G. (1994). "*Organizing for continuous improvement: evolutionary theory meets the quality revolution*", in Baum J., Singh J. (eds) *Evolutionary Dynamic of Organizations*, Oxford University Press, Oxford.

Winter S.G. (2003). "Understanding dynamic capabilities", *Strategic Management Journal*, Vol.24.

³⁷⁰ Dawkins R. (1976). "*The Selfish Gene*", Oxford University Press, NY.

processo di improvvisazione, raccogliendo evidenze empiriche basate sulla gestione di interviste di tipo semi-strutturato.

E' stato seguito un approccio interpretativo di analisi dei dati (Gioia *et al.*, 2012)³⁷¹ codificando le interviste con i termini specifici forniti dagli stessi intervistati (*first-order concept*), poi sono stati raggruppati i costrutti concettuali correlati a tali termini specifici (*second-order themes*) ed, infine, una volta raggiunta la saturazione teorica (Glaser e Strauss, 1967)³⁷² sono state individuate le "*aggregated features*" ad un livello più alto, che incorporano i "*second-order themes*".

Per quanto concerne l'approccio alla ricerca utilizzato, si è partiti da un'analisi della letteratura sul tema dell'improvvisazione, in generale, e poi in modo specifico, riferita ai diversi domini applicativi che sono stati indagati. Successivamente è stata approntata una *tracklist* di domande da sottoporre durante le interviste ai diversi professionisti. La *tracklist* di domande è stata quindi modificata, integrata e validata grazie all'aiuto di un professionista "pilota", per ciascun dominio individuato.

Di seguito si riporta l'elenco delle domande sottoposte durante le interviste per l'area chirurgia:

1. Il suo percorso di studi e carriera. Mi racconta i diversi passaggi che ha fatto? Tipo di università/specializzazione/lavori/attuale organizzazione sanitaria di appartenenza? In quanti contesti simili ha lavorato prima di
--

³⁷¹ Gioia D.A., Corley K.G., Hamilton A.L. (2012). "Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology", *Organizational Research Methods*, Vol.16/1.

³⁷² Glaser B.G., Strauss A.L. (1967). "The *Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*", Aldine Publishing Company, Chicago.

questo, in quali Paesi e come la differenza tra queste esperienze ha avuto un impatto sul suo lavoro? Il fatto di aver seguito questo percorso e non un altro come ha influenzato il suo modo di lavorare, gli strumenti cognitivi che adotta?

2. Per quanto riguarda la sua attività, la mia idea è che ci sono due fasi: una di preparazione all'intervento in cui c'è l'ideazione e la progettazione dell'intervento, ed una di attuazione dell'intervento vero e proprio. Mi chiedo se esistono delle procedure standard che lei segue in queste due fasi e se sì da dove derivano e come si sono consolidate?

3. Capitano mai situazioni in cui pensa ed agisce nello stesso momento, mentre opera oppure prima pensa alla procedura, al risultato e poi esegue?

4. Il risultato estemporaneo che ha generato (es. nuova procedura chirurgica, un cambiamento di uno strumento al posto di un altro) non viene più replicato, oppure viene replicato? (es. la nuova procedura di intervento chirurgico viene messa su carta o trasferita ai colleghi medici, entra a far parte delle sue procedure future)

4. Se dico improvvisazione? Che ruolo ha nel suo lavoro? Mi fa degli esempi? Come si sviluppa? Mi descrive dei casi o episodi reali? Da quali stimoli parte? Le capita solo quando è esternamente portato a improvvisare o perché le piace realizzare qualcosa di nuovo sul momento?

5. Quando si trova a sperimentare una nuova procedura che tipo di reazioni suscita nei suoi pazienti? Che ruolo o influenza hanno in questa cosa i suoi pazienti (*ex ante, in itinere, ex post*)?

6. Che influenza ha il *team* durante gli interventi chirurgici/il suo staff medico/eventuali tirocinanti sul suo lavoro?

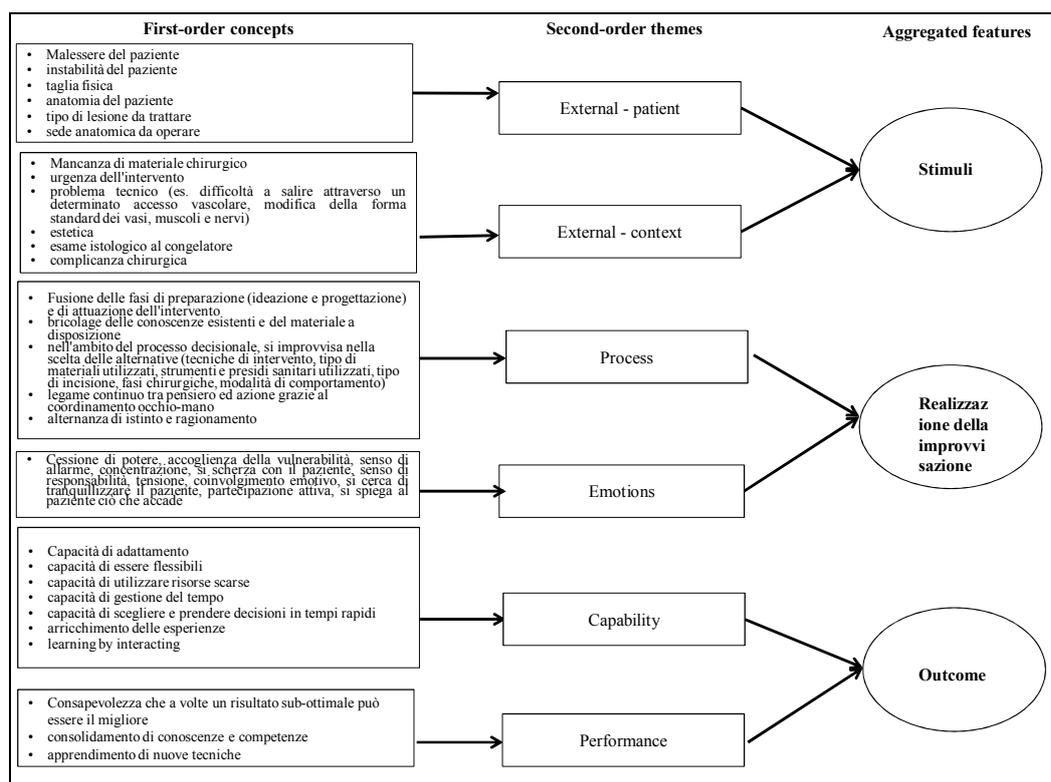
7. Che ruolo ricoprono le esperienze passate e la conoscenza passata nell'eventuale improvvisazione? A parte l'evidente centralità della conoscenza come elemento fondante del proprio lavoro, riesce a descrivermi in che modo intervengono le esperienze passate quando improvvisa (fare qualcosa di nuovo sul momento)? Seguire un percorso molto canonico (specializzazione/tirocinio, ad esempio) fa essere più o meno frenati nella sperimentazione spinta nell'innovazione o vs? Fare esperienze molto diverse tra loro che impatto ha secondo lei?

Data structure ed elementi traccianti

Le interviste, di tipo semi-strutturato, sono state condotte *de visu* a tre medici di chirurgia generale e d'urgenza. Le interviste, ancorchè limitate nel numero, sono risultate significative per quanto riguarda i contenuti emersi.

Si fa presente che, durante le interviste, il termine improvvisazione è stato opportunamente sostituito con "deviazione dai protocolli standard", in modo da adattare al contesto specifico il termine "improvvisazione" allo scopo di non suscitare reazioni difensive negli intervistati.

Figura 3.13: Data structure - area chirurgia



Elaborazione personale della scrivente

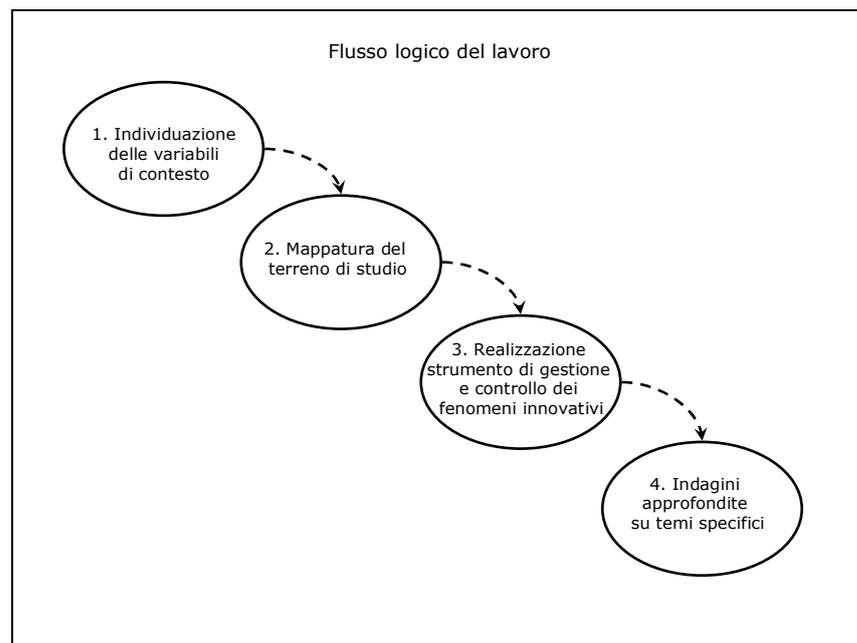
Nella figura sopra riportata sono presentate le evidenze emerse durante le interviste. In particolare, sono state rilevate le motivazioni

e gli stimoli sottesi all'improvvisazione che sono di tipo esterno, sia attivati dal paziente sia al contesto di riferimento. Sono state, altresì, presentate le modalità di attuazione del processo di improvvisazione e le emozioni vissute da chi improvvisa. Infine, è emerso l'*outcome* in termini di capacità e performance che è generato a seguito dell'attività di improvvisazione.

CONCLUSIONI

Lo scopo del presente lavoro è stato lo studio, teorico ed empirico, dei processi innovativi che evolvono nell'ambito delle organizzazioni sanitarie. Il flusso logico del lavoro è sintetizzato nella figura 1 di seguito riportata.

Figura 1: Flusso logico del lavoro



La propedeutica definizione del contesto generale, che connota l'ambiente nel quale le organizzazioni sanitarie sono chiamate ad erogare i propri servizi, ha fornito l'opportunità per sottolineare l'influenza esercitata da certi fattori che trovano origine anche oltre i confini nazionali, in alcuni casi nell'ambito istituzionale della UE, ed in altri nel più ampio contesto internazionale.

Allo scopo di guidare gli approfondimenti, sia teorici e sia empirici, realizzati nel corso del lavoro si è proceduto, in via preliminare, ad individuare uno scenario teorico. Lo stesso

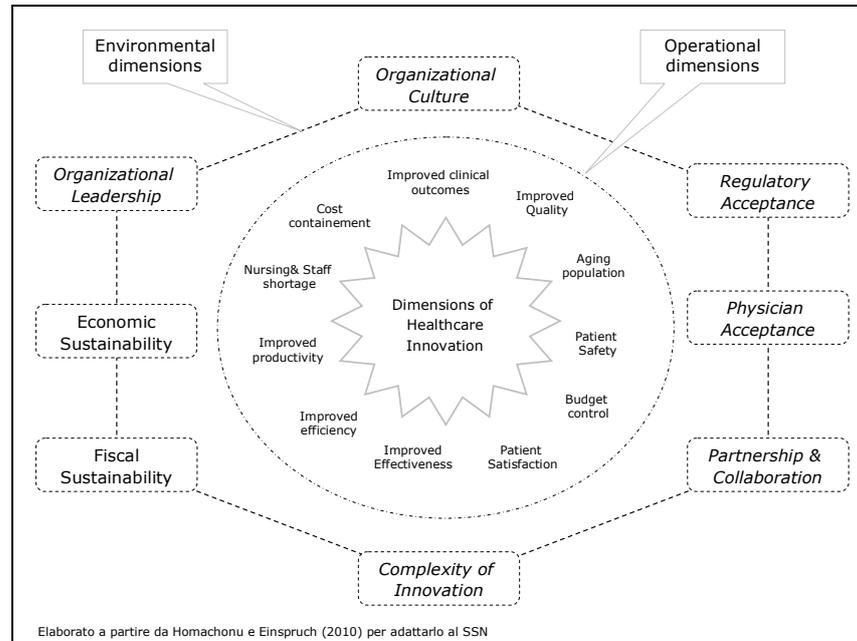
scenario potrà essere utilizzato anche per successive attività di ricerca. Questo *framework* teorico è stato opportunamente sviluppato modificando ed integrando un modello già esistente (Omachonu ed Einspruch, 2010). L'approntamento di questo modello ha consentito di mappare il terreno oggetto di studio e di gettare le basi, inoltre, per la successiva progettazione e sviluppo di uno strumento adeguato alla misura dei processi innovativi che hanno luogo nelle organizzazioni sanitarie. Tale strumento è rappresentato dalla soluzione INM (*Integrated New Model*) dedicata alla misura e gestione sia delle performance, finanziarie e non finanziarie, e sia del Capitale Intellettuale, nelle organizzazioni sanitarie.

Ulteriori approfondimenti di tipo "verticale" sono stati calati su specifici aspetti applicativi della realtà afferente ai servizi sanitari. Questi lavori sono stati basati sul modello concettuale già illustrato nel Capitolo 2 e sintetizzato schematicamente nella Figura 2.2 di seguito riportata. Questi approfondimenti, sostanziatisi in pubblicazioni originate durante l'arco dei tre anni di studio, riguardano i seguenti argomenti specifici: assicurazioni sanitarie private (ASP), il comportamento prescrittivo del personale medico e l'appropriatezza delle cure sanitarie, la creatività ed improvvisazione in chirurgia generale e d'urgenza.

Un'ulteriore proposta, per approfondimenti e studi futuri, è stata delineata formulando l'ipotesi che potrebbe essere possibile migliorare il processo diagnostico facendo leva sul Capitale

Intellettuale, ed in particolare sulla dimensione dinamica di quest'ultimo (Stam, 2010; Kianto, 2007).

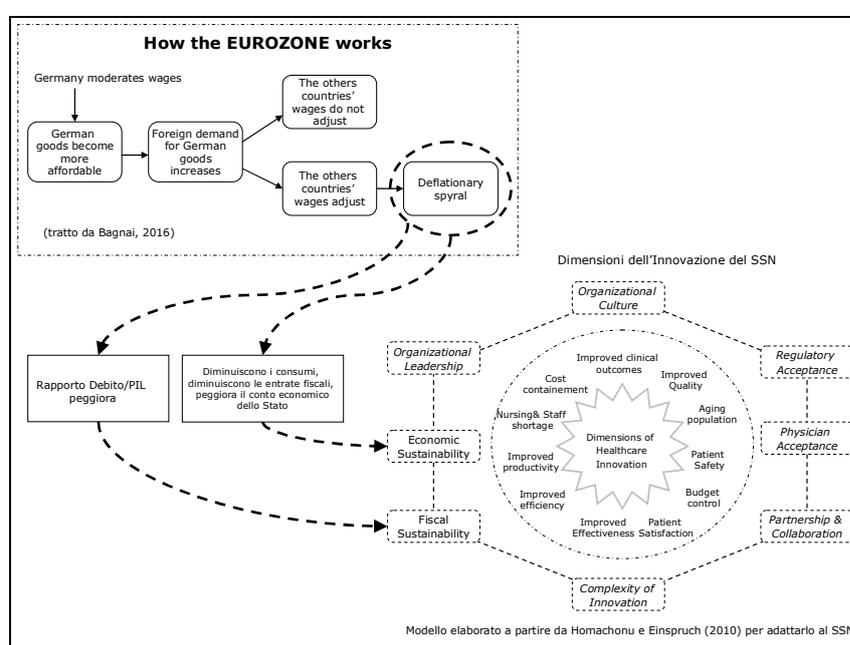
Figura 2.2: Innovazione in Sanità: Dimensioni Operative ed Ambientali



L'individuazione delle dimensioni relative al contesto esterno (*Environmental Dimensions*), ed in particolare con l'inserimento delle dimensioni *Fiscal Sustainability ed Economic Sustainability*, ha consentito di evidenziare che i processi di innovazione delle organizzazioni sanitarie dipendono anche dai condizionamenti imposti dall'Unione Economica e Monetaria dell'Eurozona (UEM), in accordo ai meccanismi evidenziati nella Figura 1 di seguito riportata. Nella Figura 2 è stato messo in relazione il modello di Omachonu & Einspruch (2010), opportunamente modificato dalla scrivente, con gli aspetti disfunzionali dell'Eurozona, così come questi ultimi sono stati sintetizzati da Alberto Bagnai (2016).

Con riferimento ai vincoli imposti agli Stati aderenti alla Unione Monetaria Europea, ben si comprende come l'impossibilità per gli Stati membri di ricorrere all'aggiustamento del tasso di cambio per compensare gli squilibri della propria bilancia di pagamenti verso l'estero, determina la necessità di operare una "svalutazione interna" (*"internal devaluation"*) con incremento dei livelli di disoccupazione (Bagnai, 2015).

Figura 2: Disfunzioni Eurozona vs. sostenibilità SSN



In particolare, la "svalutazione salariale", operata inizialmente dalla Germania con la riforma Hartz³⁷³, ha condotto i Paesi dell'Eurozona a perseguire una politica di concorrenza al ribasso sul costo del lavoro (*"dumping salariale"*) che ha ridotto drasticamente la domanda interna e portato ad un conseguente

³⁷³ La c.d. riforma Hartz, prende il nome da Peter Hartz, CEO della Volkswagen e presidente della Commissione per i "Servizi moderni per il mercato del lavoro", quest'ultima istituita sotto il governo tedesco di Gerhard Schröder (SPD). Essa rappresenta una riforma del mercato del lavoro, messa in atto in Germania, tra il 2003 e il 2005, attraverso quattro interventi legislativi successivi.

processo deflattivo auto-sostenuto (spirale deflattiva). Quest'ultimo fenomeno comporta, come conseguenza diretta, una contrazione del PIL, una riduzione delle entrate fiscali dello Stato, e conseguente peggioramento del rapporto debito/PIL. Questi ultimi fattori impattano direttamente sui parametri della sostenibilità fiscale ed economica del SSN.

Una causa esterna ulteriore è rappresentata dall'implementazione, avvenuta negli ultimi venti anni, delle c.d. "riforme strutturali". Queste ultime sono riforme economiche orientate a rendere le istituzioni economiche più "favorevoli ai mercati", nella convinzione che l'ambiente regolativo costituisca un fondamentale fattore di crescita economica. Un recente saggio di Maurizio Zenezini (2014)³⁷⁴ afferma: *"Anche se la qualità delle previsioni di crescita presentate nei documenti ufficiali è sempre molto mediocre e regolarmente smentita dai dati a consuntivo, si deve sottolineare che gli effetti sulla crescita e sull'occupazione delle riforme che gli stessi responsabili della politica dichiarano di attendersi sono, nel migliore dei casi, molto modesti"* (Zanazini, 2014).

L'accettazione acritica da parte dei *policy maker* italiani delle politiche sostanziate nelle c.d. riforme strutturali, imposte dall'esterno, fornisce a Maurizio Zanazini (2014) lo spazio per osservare:

"Sarebbe impossibile fornire un'immagine più sconcertante della irresponsabilità che costituisce la cifra latente della politica economica"

³⁷⁴ Zenezini M. (2014). *"Riforme economiche e crescita: una discussione critica"*, Università di Siena, Quaderni del Dipartimento di Economia Politica e Statistica, n.696 - Aprile 2014.

degli ultimi decenni. Nessun riesame delle riforme effettuate è permesso, è impedita la discussione su politiche economiche alternative: se le riforme non funzionano, si può sempre dire che senza di esse le cose sarebbero andate peggio, se gli indici di deregolamentazione non sono correlati con la desiderata performance potremo denunciare l'insufficienza degli indici, se le riforme hanno effetti trascurabili, si chiederà comunque di rafforzarle e di aumentare la flessibilità, se una riforma mirata ad un particolare obiettivo non ha successo, si modificherà l'obiettivo o si punterà in qualche altra direzione" (Zanazini, 2014).

Secondo l'economista tedesco Heiner Flassbeck, gli effetti devastanti derivanti dall'accumulo di debito privato e, quindi, di *deficit* degli Stati membri UE, possono ascriversi al perdurante *surplus* commerciale accumulato dalla Germania nei confronti dei Paesi della UE.

Dall'intervista di Amalia Giordano all'economista tedesco Heiner Flassbeck, L'INDRO giornale on-line, 25 febbraio 2016)³⁷⁵, si riporta a stralcio:

"Secondo i dati diffusi da Destatis, l'Istituto di statistiche tedesco, la Germania chiude il 2015 con un surplus commerciale record a quota 248 miliardi di euro: grazie al +6% registrato nelle esportazioni. A quota 1196 miliardi di euro le vendite all'estero, in crescita del 6,4% rispetto all'anno scorso, mentre le importazioni sfiorano i 948 miliardi di dollari. Il +6% nelle esportazioni è un dato fondamentale per capire le dinamiche economiche dell'Eurozona. Le normative europee, infatti, non regolano solo parametri quali i più famosi debito/Prodotto Interno Lordo (PIL) ma anche l'equilibrio delle parti correnti, cioè la somma degli scambi commerciali".

³⁷⁵ Giordano A. (2016) "Germania, l'export eccessivo è da sanzionare", Intervista all'economista tedesco Heiner Flassbeck, L'INDRO, <http://www.lindro.it/eurozona-la-germania-non-rispetta-le-regole-silenzio-dellue>.

Ed ancora, l'economista Heiner Flassbeck dichiara: *"La mia posizione, fin dall'inizio, è sempre stata netta: l'atteggiamento tedesco danneggia seriamente le economie degli altri Paesi europei (più deboli). La Germania si arricchisce a discapito delle altre economie europee. Le politiche economiche tedesche hanno contribuito a rafforzare la competitività economica della Germania facendo perdere competitività alle economie degli altri. Il Governo tedesco ha un ampio campo di azione e un vantaggio rispetto le altre economie: agisce senza rispettare le regole. Non capisco perché il Governo tedesco è esente da regole, regole che l'Unione Europea dovrebbe far rispettare o quantomeno sanzionare chi non le rispetta"*.

La natura politica degli obiettivi perseguiti dall'élite, rappresentati dall'attacco al welfare ed alla conseguente limitazione dell'intervento dello Stato nei servizi pubblici, e tra questi la sanità, è stata chiara fin dall'inizio degli anni 2000. Nell'agosto del 2003, infatti, in un articolo pubblicato sul Corriere della Sera, Tommaso Padoa Schioppa³⁷⁶, allora ministro dell'economia & finanze del secondo Governo Prodi, così illustrava la vera natura dell'operazione che si stava mettendo in atto:

"Nell'Europa continentale, un programma completo di riforme strutturali deve oggi spaziare nei campi delle pensioni, della sanità, del mercato del lavoro, della scuola e in altri ancora. Ma deve essere guidato da un unico principio: attenuare quel diaframma di protezioni che nel corso del Ventesimo secolo hanno progressivamente allontanato l'individuo dal contatto diretto con la durezza del vivere, con i rovesci della fortuna, con la sanzione o il premio ai suoi difetti o qualità" (Schioppa Padoa, 2003).

³⁷⁶ Schioppa Padoa T. (2003). "Berlino e Parigi ritorno alla realtà - Interventi strutturali difficili ma obbligati", Corriere della Sera, Agosto 2003. <http://www.tommasopadoaschioppa.eu/europa/berlino-e-parigi-ritorno-alla-realta>.

Padoa Schioppa, allora ministro dell'economia di un governo di sinistra, continuava specificando ancora meglio il suo pensiero circa i "diritti" costituzionali del cittadino:

"Cento, cinquanta anni fa il lavoro era necessità; la buona salute, dono del Signore; la cura del vecchio, atto di pietà familiare; la promozione in ufficio, riconoscimento di un merito; il titolo di studio o l'apprendistato di mestiere, costoso investimento. Il confronto dell'uomo con le difficoltà della vita era sentito, come da antichissimo tempo, quale prova di abilità e di fortuna. È sempre più divenuto il campo della solidarietà dei concittadini verso l'individuo bisognoso, e qui sta la grandezza del modello europeo. Ma è anche degenerato a campo dei diritti che un accidioso individuo, senza più meriti né doveri, rivendica dallo Stato" (Schioppa Padoa, 2003).

Queste considerazioni hanno consentito di traguardare, secondo una prospettiva opportunamente ampia, l'ipotesi di realizzare un'innovazione di servizio del SSN attraverso l'integrazione, in forma complementare o sostitutiva, delle assicurazioni sanitarie private (ASP). Se tale prospettiva d'analisi fosse stata limitata, infatti, alla sola dimensione economica, trascurando quindi i fattori di contesto, l'analisi risultante sarebbe stata potenzialmente affetta da "biases cognitivi di framing". Questi ultimi, in accordo a quanto riferito in letteratura, possono inficiare non solo la valutazione del fenomeno analizzato, ma in certe condizioni, risultare anche *self-reinforcing* (Kahneman, 2012; Kahneman e Twersky, 2000). Alcuni dei fattori esterni sopra riferiti, operando ad un livello istituzionale superiore, ed essendo fuori del controllo democratico, restano ampiamente predominanti e, quindi, niente affatto trascurabili.

In virtù di queste considerazioni è stato preso a riferimento uno scenario allargato all'Unione Europea, per evidenziare i limiti ed i pericoli insiti in una scelta di questo tipo, sia sotto il profilo economico e sia sotto la prospettiva sociale (Pirozzi e Saggese, 2015).

In accordo ai risultati emersi dall'ultima valutazione della qualità dei servizi sanitari in Italia condotta dall'OECD (2015)³⁷⁷, il risanamento delle finanze è divenuto priorità assoluta, nonostante che i bisogni di salute della popolazione siano in continua evoluzione e si riscontri un disallineamento tra i bisogni, espressi dall'utenza *target*, ed i servizi sanitari offerti dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Questa situazione richiederebbe, infatti, la convergenza verso un modello di sistema sanitario in cui la prevenzione e la gestione di patologie, legate all'invecchiamento della popolazione, fossero in primo piano. Nella sua relazione, l'OECD (2015) rileva che in Italia tale convergenza è piuttosto lenta e che i servizi per l'assistenza di comunità, a lungo termine e di prevenzione, sono poco sviluppati rispetto agli altri Paesi OECD. Questi bisogni d'innovazione del SSN restano, per il momento, ampiamente insoddisfatti.

Possiamo osservare, infatti, che l'azione politica ha inteso semplicemente diminuire le risorse finanziarie allocate al SSN per

³⁷⁷ OECD (2015). "OECD Reviews of health care quality: Italy 2014: Raising standards", OECD Publishing, Paris. Testo disponibile al sito: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.

ridurre la spesa pubblica, inficiando, in questo modo, il pieno soddisfacimento dei LEA in molte Regioni (Nuzzo *et al.*, 2012).

Le politiche dei tagli reiterati, non riallocando queste risorse ai necessari processi d'innovazione e di riorganizzazione del SSN, mettono in discussione la legittimazione di quest'ultimo come servizio pubblico universale finanziato dallo Stato, ponendo le premesse, altresì, per una progressiva privatizzazione dei servizi sanitari. Ed ancora, la mancata riallocazione allo stesso SSN dei fondi recuperati attraverso i tagli alla spesa sanitaria, pongono i LEA in una ulteriore situazione di pericolo per il futuro (Corte dei Conti, 2014).

Per affrontare la crisi del 2008, l'intervento pubblico in Italia ha agito, infatti, prevalentemente con ripetuti tagli alla spesa, mancando al tempo stesso l'attuazione di un programma organico di riforma delle strutture amministrative pubbliche (Di Mascio e Natalini, 2015). Atteso che la sostenibilità economica e quella fiscale del SSN possono essere perseguite anche attraverso un recupero di produttività delle organizzazioni sanitarie, sarebbe auspicabile definire una strategia complessiva di cambiamento del sistema di gestione della sanità pubblica orientata in via prioritaria a recuperare margini di produttività a parità di risorse impegnate ed ad un contemporaneo e progressivo riallineamento dei servizi erogati alla mutata natura della domanda (Pirozzi e Saggese, 2015). Si può affermare, quindi, che sarebbe preferibile e più vantaggioso modernizzare il settore pubblico, migliorando le

organizzazioni e le operatività ad esso connesse, piuttosto che smantellare lo stato sociale (Piketty, 2014).

In questa prospettiva, s'inserisce la realizzazione del modello INM che consente la misura e gestione sia delle performance, finanziarie e non finanziarie, e sia del Capitale Intellettuale, nelle organizzazioni sanitarie.

Atteso che le organizzazioni sanitarie operano, infatti, in regime d'elevata intensità di conoscenza (*knowledge intensive*), e che le politiche d'austerità le costringono ad utilizzare le risorse non finanziarie al fine di compensare la riduzione del finanziamento pubblico, la leva rappresentata dal Capitale Intellettuale diventa strategica (Garlatti, Massaro e Bruni, 2015).

Questo suggerisce che il modello INM (Pirozzi e Ferulano, 2016) può svolgere un ruolo importante nella definizione, gestione e follow-up, di una strategia di medio e lungo termine, tesa a recuperare ulteriori margini di produttività nella gestione delle organizzazioni sanitarie, utilizzando opportunamente le risorse intangibili disponibili all'interno.

Suggerimenti per ulteriori studi ed approfondimenti

In accordo ai risultati emersi nel corso dello studio, si ritiene giustificato proporre i quesiti di ricerca sotto indicati. Essi possono rappresentare, a giudizio della scrivente, un promettente terreno di studio.

- Il Capitale Intellettuale, nelle sue tre articolazioni principali (Capitale Umano, Capitale Strutturale e Capitale

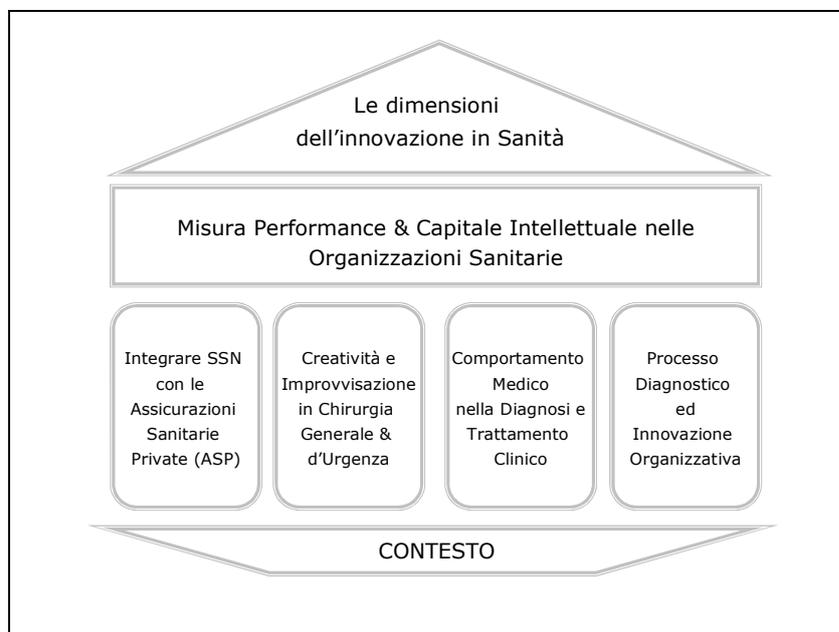
Relazionale), può rappresentare un modo innovativo per gestire e controllare il miglioramento del processo diagnostico?

- Il modello INM (Integrated New Model) (Pirozzi e Ferulano, 2016), con la sua capacità di gestire e misurare il Capitale Intellettuale nelle sue tre articolazioni, può essere lo strumento adatto per incidere sull'efficacia del processo diagnostico?

Struttura del lavoro

L'impianto complessivo del lavoro è stato schematizzato nella figura 3, dove sono rappresentate le componenti principali prodotte durante lo studio.

Figura 3. Impianto complessivo del lavoro



Nella Figura 4: Fasi logiche dell'approccio metodologico è stato illustrato la corrispondenza tra l'approccio metodologico adottato nel percorso di studio e le componenti prodotte durante il

lavoro. Nella Figura 5 sono evidenziate le corrispondenze funzionali tra i componenti del lavoro e le parti testuali prodotte, sia nella presente Tesi e sia negli articoli pubblicati su riviste specializzate.

Figura 4: Fasi logiche dell'approccio metodologico

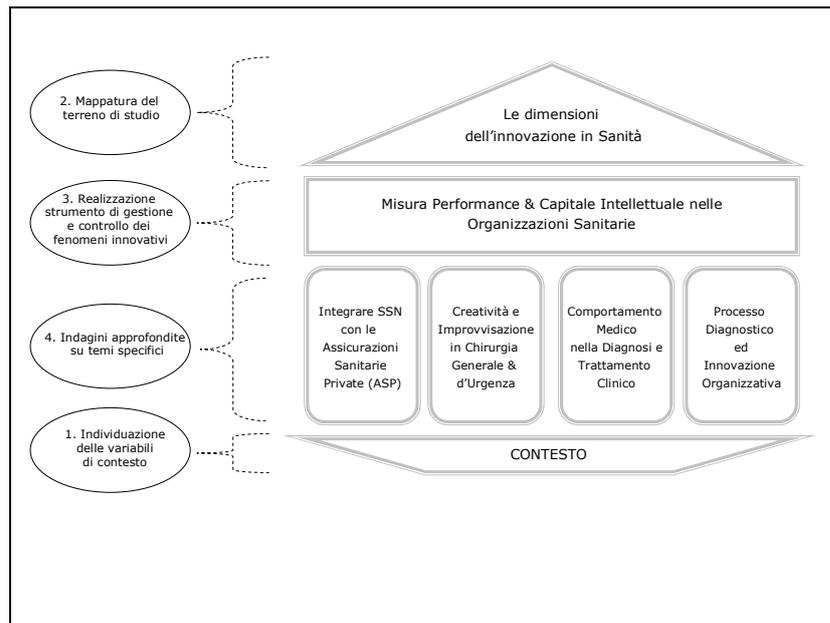
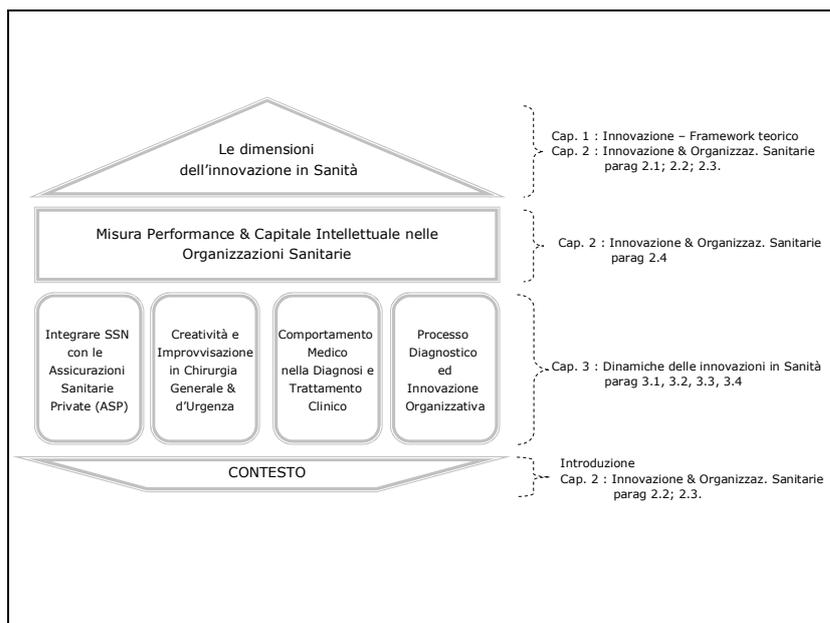


Figura 5: Validazione funzionale del lavoro



PUBBLICAZIONI

- 2011** Maglio R., Tuccillo D., Pirozzi M. G., Agliata F., "Controllo di Gestione nel Trasporto Pubblico Locale: Il Caso CTP – Napoli", *Controllo di Gestione*, IPSOA Editore, Nr.1, ISSN:1828-4205.
- 2012** Sicca L. M., Cardullo C., Pirozzi M. G., "Costruzione della Cultura nelle organizzazioni. Sensemaking, Tecnologia, Potere", in AA. VV., *Critical Management Studies: Temi di ricerca nel dibattito internazionale*, Editoriale Scientifica, ISBN: 978-88-6342-437-9.
- 2013** Pirozzi M. G. et al., "L'impresa di apprendere. Vita da studenti", in Sicca L.M., *O L'impresa, o la vita – Storie organizzative. Ed epiche*, EGEE Editore, ISBN:978-88-238-2172-9.
- 2013** Pirozzi M. G., "Resistenze al cambiamento", in Sicca L. (a cura di), *Strategie di Crescita e Comportamento Organizzativo*, Capitolo 3, CEDAM, ISBN:978-88-13-328016.
- 2013** Pirozzi M. G. et al., "Il punto di vista degli studenti: triennale, magistrale e dottorato", in AA.VV., *Tavola Rotonda. Umanesimo del Management, attraverso gli occhi dell'altro*, Editoriale Scientifica, ISBN: 978-88-6342-477-5.
- 2014** Pirozzi M. G., "Performance e Capitale Intellettuale in Sanità. Un modello integrato", *Tecnica Ospedaliera*, Tecniche Nuove, Nr.9, ISSN 0392-4831.
- 2014** Bobbio M., Pirozzi M. G., "Progetto Choosing Wisely. Considerazioni e implicazioni organizzative", *Tecnica Ospedaliera*, Tecniche Nuove, Nr.10, ISSN 0392-4831.
- 2015** Pirozzi M.G., Saggese S., "Assicurazioni sanitarie private: conseguenze per i cittadini ed implicazioni per il SSN derivanti dalla loro eventuale introduzione – Un'opportunità o un vaso di Pandora?,". *MECOSAN*, n.95, ISSN 1121-6921.
- 2015** Pirozzi M.G., Ferulano G.P., "Misura del Capitale Intellettuale e delle Performance: Un Nuovo Modello Integrato per le Organizzazioni Sanitarie", *L'Ospedale*, n. 4, ISSN 0030-6231.

2016 Pirozzi M.G., Ferulano G.P., "Intellectual Capital and Performance Measurement in Healthcare Organizations: an Integrated New Model", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 17 Issue 2, ISSN 1469-1930.

2016 Pirozzi M.G., Delfino R., Barbaro B., "La valutazione delle performance individuali della Dirigenza e del Comparto presso l'A.O.U. "Federico II"", di prossima pubblicazione su un testo sul tema del Controllo di Gestione a cura della Prof.ssa Maria Triassi e del Dott. Roberto Delfino, IDELSON - Gnocchi.

BIBLIOGRAFIA

- Acocella N. (2005). *"Economic Policy in the Age of Globalisation"*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Adair C.E., Simpson E., Birdsell J.M., Omelchuk K., Casebeer A.L., Gardiner H.P., Newman S., Beckie A., Clelland S., Hayden K.A. and Beausejour P. (2003). *"Performance Measurement Systems in Health and Mental Health Services: Models, Practices and Effectiveness – A State of Science Review"*, submitted to *Alberta Heritage Foundation for Medical Research*.
- Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S.(2006a). *"Performance Measurement in Healthcare: Part I – State of the Science Findings by Stage of the performance Measurement Process"*, *Healthcare Policy*, Vol. 1/4.
- Adair C.E., Simpson E., Casebeer A.L., Birdsell J.M., Hayden K.A., Lewis S.(2006b). *"Performance Measurement in Healthcare: Part II – State of the Science Findings by Stage of the performance Measurement Process"*, *Healthcare Policy*, Vol. 2/1.
- Alvesson M. (2002). *"Understanding organizational culture"*, Sage, London.
- Amabile T.M. (1988). *"A model of creativity and innovation in organizations"*, in B. M. Staw and L.L. Cummings (eds), *"Research in Organizational Behavior"*, JAI Press, Greenwich, CT.
- Amabile T.M. (1996). *"Creativity in Context"*, Westview Press, Boulder, CO.
- Anderson, L. (2002). *"Theorized improvisation--a new type of leadership"*, *Plastic surgical nursing*, Vol. 22/3.
- Argyris C., Schön D.A. (1978). *"Organizational Learning: A Theory of Action Perspective"*, Addison-Wesley.
- Aring C. A. (1973). *"Improvisation"*, *The Journal of the American Medical Association*, Vol.225.
- Armeni P., Ferrè F., Sommariva S. (2014). *"Il confronto dei sistemi sanitari in una prospettiva internazionale"*, Rapporto OASI 2014, Egea, Milano.
- Arrow K.J. (1963). *"Uncertainty and the welfare economics of medical care"*, *The American Economic Review*, Vol. 53/5.

- Baccarini M., Castellini M., Guercini A.M., Vagnoni E. (2008). "La rappresentazione del Capitale Intellettuale nelle organizzazioni Sanitarie", Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna, Dossier 164-2008.
- Bagnai A. (2012). "Crisi Finanziarie e Governo dell'Economia", Costituzionalismo.it, fascicolo 3 – 2011.
- Bagnai A. (2014). "Il tramonto dell'Euro", Imprimatur Editore, Reggio Emilia, Italia.
- Bagnai A. (2015). "Europe's Paradoxes", *Phenomenology and Mind*, Nr.8.
- Bagnai A. (2016). "The Euro: a "success story", Conferenza tenuta presso la New York University (NYU) – Shanghai, Febbraio 2016. <http://albertobagnai.it/wp-content/uploads/2016/02/The-euro-A-success-story.pdf>.
- Ballini L. (2012). "L'iniziativa Choosing Wisely rilancia la scelta ragionata di medici e pazienti", *Politiche Sanitarie*, Vol.13.
- Balogh E.P., Miller B.T., Ball J.R. (editors). (2015). "Improving Diagnosis in Health Care", Committee on Diagnostic Error in Health Care – The National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, The National Academies Press, Washington D.C., USA.
- Baker T., Miner A.S., Eesley D.T. (2003). "Improvising firms: bricolage, account giving and improvisational competencies in the founding process", *Research Policy*, 32.
- Baker G.R., MacIntosh-Murray A., Porcellato C., Dionne L., Stelmachovich K., Born K. (2008). "High performing healthcare systems: delivering quality by design", Longwoods Publishing, Toronto, Ontario.
- Barney J. (1991). "Firm Resources and Sustained Competitive Advantage", *Journal of Management*, Vol.17.
- Bass B.M., Avolio B.J. (1994). "Transformational Leadership: Improving organizational effectiveness", Sage, Thousand Oaks, CA.
- Bator F.M. (1958). "The anatomy of market failure", *The Quarterly Journal of Economics*, Vol. 72/3.
- Bauman Z. (2002). "Dentro la globalizzazione - Le conseguenze sulle persone", Laterza.
- Bauman Z. (2011). "Modernità Liquida", Laterza.
- Beck U. (1992). "Risk Society. Towards a New Modernity", SAGE Publications, London.

- Bennis W.G., Kenneth D.B., Chin R. (1985), *"The Planning of Change"*, 4th Edition, Rinehart and Winson, Holt, NY.
- Beer M., Nhoria N. (2000). "Cracking the code of change", *Harvard Business Review*, Vol.3.
- Beller G.A. (2010). "Stress testing after coronary revascularization. Too much, too soon", *J Am Coll Cardiol*, Vol.56.
- Beller G.A. (2012). "Tests that may be overused or misused in cardiology: the Choosing Wisely campaign", *J Nucl Cardiol*, Vol.19.
- Bennet N. (2014). "Health concerns raised over EU-US trade deal", *The Lancet*, Vol.384/9946.
- Berwick D.M., Hackbarth A. (2012). „Eliminating waste in US health care", *JAMA*, Vol.307.
- Bergum V. (2003). "Relational pedagogy. Embodiment, improvisation, and interdependence", *Nursing philosophy*, Vol. 4/2.
- Berle A.A., Means G.C. (1932). *"The Modern Corporation and Private Property"*, Transaction Publishers, New Brunswick, NJ.
- Berwick D.M. (2003). "Disseminating Innovations in Health Care", *Journal of American Medical Association – JAMA*, Vol. 289/15.
- Berwick D.M., Hackbarth A. (2012). "Eliminating waste in US health care", *JAMA*, Vol.307.
- Blangiardo G.C. (2015). "68.000 morti in più nel 2015 ?", 22 dicembre 2015, NEODEMOS.IT, <http://www.neodemos.info/68-mila-morti-in-piu-nel-2015/?print=pdf>.
- Blumenthal-Barby J.S. (2013). "Choosing wisely" to reduce low-value care: a conceptual and ethical analysis, *J Med Philos*, Vol.38.
- Bobbio M., Pirozzi M.G. (2014). "Progetto Choosing Wisely. Considerazioni e implicazioni organizzative", *Tecnica Ospedaliera*, Tecniche Nuove, Nr.10, ISSN 0392-4831.
- Bontis N. (1998). "Intellectual capital: an exploratory study that develops measures and models", *Management Decision*, Vol. 36/2.
- Bontis N. (1999). "Managing organizational knowledge by diagnosing intellectual capital: framing and advancing the state of the field", *Journal of Technology Management*, Vol.18.
- Bouckaert G., Auwers T., Van Reeth W., Verhoest K. (1997). *"Handboek Doelmatigheidsanalyse: prestaties begroten"*, Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Brussel.

- Bourne M., Neely A., Platts K., Mills J. (2002). "The success and failure of performance measurement initiatives: perceptions of participating managers", *International Journal of Operations and Production Management*, Vol. 22/11.
- Bovaird T., Löffler E. (eds.), (2005), "*Public Management and Governance*", Routledge-Taylor & Francis e-Library, London.
- Boyd-Monk, H. (1996). "Improvisation". *Journal of Ophthalmic Nursing and Technology*, Vol.15/4.
- Brody H. (2010). "Medicine's ethical responsibility for health care reform - the Top Five list", *N Engl J Med*, Vol.362.
- Brody H. (2012). "From an ethics of rationing to an ethics of waste avoidance", *N Engl J Med*, Vol. 366.
- Bronzetti G., Mazzotta R., Puntillo P., Silvestri A., Veltri S. (2011). "*Intellectual Capital Reporting Practices in the Non-Profit Sector*", Virtus Interpress, Sumy, Ukraine.
- Brooking, A. (1996). "*Intellectual Capital: Core Asset for the Third Millennium Enterprise*", Thompson Business Press, London.
- Brown S.L., Eisenhardt K.M. (1997). "The art of continuous change: linking complexity theory and time-paced evolution in relentlessly shifting organizations", *Administrative Science Quarterly*, Vol. 42.
- Bruscia K. E. (1987). "*Improvisational models of music therapy*", ThomasPub Ltd, Springfield, Illinois USA.
- Briscoe J.P., Hall D.T. (1997). "Grooming and picking leaders: Using competency frameworks: Do they work. An alternative approach and new guidelines for practice", *Organizational Dynamics*, Autumn, 37-51.
- Bryman A. (1992). "*Charisma and Leadership in Organizations*", Sage, Newbury Park, CA.
- Burnes B. (2004a). "Kurt Lewin and complexity theories: back to the future", *Journal of Change Management*, Vol.4/4.
- Burnes B. (2004b). "Kurt Lewin and the Planned Approach to Change: A Re-appraisal", *Journal of Management Studies*, Blackwell Publishing Ltd, Oxford, UK.
- Cain M., Mittman R. (2002). "*Diffusion of Innovation in Health Care*", Institute for the Future, The iHealth Reports, California Healthcare Foundation, Oakland, California.

- Callon M. (1992). "The dynamics of techno-economic networks", in Coombs R. Saviotti P. Walsh V. (eds) "Technical change and company strategies", Academy Press, London.
- Carlsson B. Stankiewicz R. (1995). "On the nature, function and composition of technological systems" in Carlsson B. (ed.), "Technological systems and economic performance", Kluwer Dordrecht
- Carpeggiani C., Picano E. (2010). "Sustainability of cardiological imaging", *G Ital Cardio*, Vol. 11/6.
- Cassidy J. (2009). "How Markets Fail". Farrar - Strauss - Giroux, New York.
- Chandler A.D. (1962). "Strategy and Structure: Chapters in the History of the American Industrial Enterprise", MIT Press, Cambridge, M.A.
- Chesbrough H.W. (2003). "Open Innovation: The New Imperative for Creating And Profiting from Technology", Harvard Business School Press, Boston.
- Coffee J.C. Jr. (1987). "No Soul to Damn, No Body to Kick: An Unscandalized inquiry into the Problem of Corporate Punishment", *Michigan Law Review*, Vol. 79/3.
- Congress of the United States, Congressional Budget Office (1991). "Rising health care costs: causes – implications and strategies", Washington D.C., <http://www.cbo.gov/sites/default/files/91-cbo-001.pdf>.
- Congress of the United States, Congressional Budget Office (1992). "Economic implications of rising health care costs", Washington D.C. https://www.cbo.gov/sites/default/files/1992-10_econimplication.pdf
- Cooke P., Gomez Uranga M., Extbarria G. (1997). "Regional Innovation Systems: Institutional and Organizational dimensions", *Research Policy*, nr. 4-5.
- Corte dei Conti (2014). "Relazione sulla gestione degli enti territoriali. Esercizio 2013", Deliberazione N. 29/SEZAUT/2014/FRG, Roma.
- Cosentino C., Cosentino L. (2015). "DMPO come attrattore del sistema-ospedale – Possibile modello concettuale", Comunicazione presentata al 41° Congresso Nazionale ANMDO – Parma, 30 Settembre – 2 ottobre 2015.

- Courtney, R. (2002). *"Strategic management for voluntary non-profit organisations"*, Routledge, London.
- Cristofaro M., Busi Rizzi E., Schininà V., Chiappetta D., Angeletti C., Bibbolino C. (2011). "Appropriateness: analysis of outpatient radiology requests", *Radiol Med*, Vol.117.
- Crossan M., Cunha M.P., Vera D., Cunha J. (2005). "Time and organizational improvisation". *Academy of Management Review*, Vol.30/1.
- Crouch C. (2012). *"Postdemocrazia"*, Laterza.
- Cuganesan S., Dumay J. C. (2009). "Reflecting On The Production Of Intellectual Capital Visualisations", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 22.
- Cummings T., Worley C. (1997). "Managing Change", in *"Organizational development and change"*, South West College Publishing, Cincinnati.
- Cunha M.P., Cunha J.V., Kamoche K. (1999). "Organizational improvisation: What, when, how, and why", *International Journal of Management Reviews*, Vol. 1/3.
- Cunha M.P., Cunha J.V., Chia R. (2007). *"Routine as deviation"*, Unpublished Paper.
- Davies E. (2013). "When good care means less pay", *BMJ*, Vol.347.
- Davies P. (2004). *"Is evidence-based government possible?"*, Jerry Lee Lecture, presentato al 4th Annual Campbell Collaboration Colloquium, Washington DC.
- Davis S., Albright T. (2004). "An investigation of the effect of Balanced Scorecard implementation on financial performance", *Management Accounting Research*, Vol.15/2.
- Davis G.F. (2009b). "The Rise and Fall of Finance and the End of the Society of Organizations", *Academy of Management Perspectives*, Agosto 2009.
- Davis G.F. (2009a). *"Managed by the Markets – How Finance Reshaped America"*, Oxford University Press, New York.
- Dawkins R. (1976). *"The Selfish Gene"*, Oxford University Press, NY.
- De Benoist A. (2014). *"La Fine della Sovranità – Come la Dittatura del Denaro Toglie il Potere ai Popoli"*, Arianna Editrice.
- de Boer M.J., van der Wall E.E. (2013). "Choosing wisely or beyond the guidelines", *Neth Heart J*, Vol.21.

- Decker S. (2015). "Stagnation in Eurozone and transnationalizing capitalism", paper presentato alla 19th Conference of the Research Network Macroeconomics and Macroeconomic Policies (FMM) "*The Spectre of Stagnation? Europe in the World Economy*" 22-24 ottobre 2015, Berlino.
- De Tarde G. (1899). "*Social laws: An outline of sociology*", The Macmillan Company.
- de Waal A. (2010). "The characteristics of a High Performance Organization", <http://www.hpocenter.nl/wp-content/uploads/2013/07/Research-paper-Thecharacteristics-of-a-HPO-HPO-Center-January-20102.pdf>.
- Degeling P., Kennedy J., Hill M. (1998). "Do Professional Subcultures Set the Limits of Hospital Reform?", *Clinician in Management*, Vol.7.
- Dillehay G.L. (2013). "Choosing wisely in nuclear medicine and molecular imaging", *J Nucl Med*, Vol.54.
- Di Mascio F., Natalini A. (2015). "Fiscal Retrenchment in Southern Europe: Changing patterns of public *management* in Greece, Italy, Portugal and Spain", *Public Management Review*, Vol. 17/1.
- Dirindin N. (1996). "*Chi paga per la salute degli italiani?*", Il Mulino, Bologna.
- Dornbusch R. (1996). "Euro fantasies", *Foreign Affairs*, Vol. 75/5.
- Dosi G. (1982). "Technological paradigms and technological trajectories", *Research Policy*, North Holland Publishing Company, Vol. 11.
- Dreyfus H. L., Dreyfus S. E. (1986). "*Mind over machine: The power of human intuition and expertise in the era of the computer*". Free Press, New York.
- Dumay J. (2009a). "Intellectual Capital Measurement: A Critical Approach", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 10/2.
- Dumay J. (2009b). "Reflective Discourse About Intellectual Capital: Research And Practice", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 10/4.
- Dumay J., Garanina T. (2013). "Intellectual Capital research: A critical examination of the third stage", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 14/1.
- Dumay J. (2014). "15 years of the Journal of Intellectual Capital and counting: A manifesto for transformational IC research", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 15/1.

- Eccles R.G. (1991). "The performance measurement manifesto", *Harvard Business Review*.
- Edquist C. (ed.) (1997). "Systems of innovation", Frances Pinter, London.
- Edvinsson L., Malone M. (1997). "Intellectual Capital", Harper Business, New York.
- Eisenhardt K.M. (1997). "Strategic Decisions and All That Jazz", *Business Strategy Review*, Vol. 8/3.
- Entrekin L., Court M. (2001). "Human Resource Management practice: Adaptation and change in an age of globalization", working paper No. 2, Management and Corporate Citizenship Programme (MCC), International Labour Office, Geneva.
- European CAF Resources Centre (2006). "CAF 2006 - The Common Assessment Framework (CAF) - Improving Public Organisations through Self-Assessment", EIPA, available at: https://www.eipa.eu/files/File/CAF/Brochure2006/English_2006.pdf.
- Faculty of Public Health - FPH (2015). "TTIP's threat to people's health in UK and across Europe", http://www.fph.org.uk/ttip_%27threat_to_people%27s_health_in_uk_and_across_europe%27.
- Faulkner A., Kent J. (2001). "Innovation and Regulation in Human Implant Technologies: Developing Comparative Approaches", *Social Science and Medicine*, Vol. 53.
- Featherstone K. (2001). "The political dynamics of the *vincolo esterno*: the emergence of EMU and the challenge to the European social model", *Queen's Papers on Europeanisation*, Queens University, Belfast, Vol. 6.
- Feldman M.S. (2000). "Organizational Routines as a source of continuous change", *Organisation Science*, Vol.11.
- Feldman M.S. (2003). "A performative perspective on stability and change in organizational routines", *Industrial and Corporate Change*, Vol.12.
- Feldman M.S., Pentland B.T. (2003). "Reconceptualizing Organizational Routines a source of flexibility and change", *Administrative Science Quarterly*, Vol.48.

- Feldstein M. (1997). "EMU and international conflict", *Foreign Affairs*, Vol. 76/6.
- Ferlie E. B., Shortell S.M. (2001). "Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change", *The Milbank Quarterly*, Vol. 79/2.
- Ferré F., de Belvis A.G., Valerio L., Longhi S., Lazzari A., Fattore G., Ricciardi W., Maresso A. (2014). "Italy: Health System Review. Health Systems In Transition", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Vol. 16/4.
- Filippetti A., Archibugi D. (2010). "Innovation in Times of Crisis – National Systems of Innovation, Structure and Demand", *Research Policy*.
- Fisher C.M., Amabile T. (2009). "Creativity, Improvisation and Organizations", in Richards T., Runco M.A., Moger S. (eds) "The Routledge Companion of Creativity", Routledge, New York.
- Fisher E.S., Bynum J.P., Skinner J.S. (2009). "Slowing the growth of health care costs - lessons from regional variation", *N Engl J Med*, Vol.360.
- Fitzgerald L.A. (2002). "Chaos: the lens that transcends", *Journal of Organizational Change Management (JOCM)*, Vol. 15/4.
- Fitzgerald L.A., Eijnatten van F.M. (2001). "Reflections: Chaos in Organizational Change", *Journal of Organizational Change Management (JOCM)*, Vol.15/4, Special Issue: "Chaos, Applications in Organizational Change".
- Franco-Santos M., Lucianetti L., Bourne, M. (2012). "Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research", *Management Accounting Research*, Vol 23/2.
- Frederick W.C. (1998). "Creatures, corporations, communities, chaos, complexity, a naturological view of the corporate social role", *Business and Society*, Vol. 37/4.
- Freeman C. (1987). "Technology policy and economic performance: lessons from Japan", F. Pinter, London.
- Gabriele S., Raitano M. (2009). "Invecchiamento, salute, spesa sanitaria e di cura in Italia", *Studi e Note di Economia*, Vol. 15/3.
- Gagliardi P. (2011). "Il gusto dell'organizzazione", Guerini e Associati, Milano.

- Gagliardi P. (a cura di). (1995). *"Le imprese come culture"*, Isedi, Torino.
- Garlatti A., Massaro M., Bruni, V. (2015). "Intellectual Capital evaluation in a health care organization. A case study", paper presented at the XIX IRSPM Conference - E102 Accountability in the Health Care Sector: Beyond the Blame Game, 30 March-1 April, Birmingham, UK, available at: <http://irspm2015.com/index.php/irspm/IRSPM2015/paper/viewFile/1476/489>.
- Garud R., Karnøe P. (2001). *"Path creation as a process of mindful deviation"*, in Garud R., Karnøe P., *"Path dependence and creation"*, Lawrence Erlbaum Associates Publishers, Mahwah, New Jersey.
- Gave C., Kaletsky A., Gave L. V. (2005). "Our Brave New World", GaveKal Research.
- Giannoni M., Masseria C., Rabito G. (2007). *"L'equità nell'accesso alle cure sanitarie: prime stime e confronti interregionali"*, Collana Le Monografie - Documento di Valutazione sui determinanti di Salute e sulle Strategie del servizio sanitario regionale, N.6, Regione Umbria, Perugia.
- Gioia D.A., Corley K.G., Hamilton A.L. (2012) "Seeking Qualitative Rigor in Inductive Research: Notes on the Gioia Methodology", *Organizational Research Methods*, Vol.16/1.
- Giordano A. (2016). *"Germania, l'export eccessivo è da sanzionare - Intervista all'economista tedesco Heiner Flassbeck"*, L'INDRO, <http://www.lindro.it/eurozona-la-germania-non-rispetta-le-regole-silenzio-dellue>.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1967). *"The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research"*, Aldine Publishing Company, Chicago.
- Godlee F. (2013). "Too much medicine", *BMJ*, Vol.346.
- Goldsmith J.C. (1994). "The illusive logic of integration", *Healthcare Forum Journal*, Vol.37/5.
- Gong Y., Baker T., Miner A.S. (2006). *"Capabilities and Routines in New Organizations: Evidence from the Field"*, Unpublished Paper.
- Govila A. (1993). "Improvisation in wrap-around toe-to-thumb transfer", *Acta Chirurgiae Plasticae*, Vol.35/3-4.

- Grady D., Redberg R.F. (2010). "Less is more: how less health care can result in better health", *Arch Intern Med*, Vol. 170.
- Graen G.B., Uhl-Bien M. (1995). "Relationship-based approach to *leadership*: Development of leader-member exchange (LMX) theory of *leadership* over 25 years: Applying a multi-domain perspective", *The Leadership Quarterly*, Vol.6.
- Grant R.M. (1991). "The Resources-Based Theory of Competitive Advantage: implications for Strategy formulation", *California Management Review*, Vol. 33/3.
- Gray J.A.M. (1997). "*Evidence-Based Healthcare: How to Make Health Policy and Management Decisions*", Churchill Livingstone, London.
- Greco P., Eisenberg J.M. (1993). "Changing Physicians' Practices", *New England Journal of Medicine*, Vol. 329.
- Green L.W. (2008). "Making research relevant: if it is an evidence-based practice, where's the practice-based evidence?", *Family Practice*, Vol.25/1.
- Green L.W., Ottoson J.M., García C., Hiatt R.A., Roditis M.L. (2014). "Diffusion theory and knowledge dissemination, utilization and integration", *Front Public Health Service and Systems Research*, Vol. 3/1.
- Guthrie J., Ricceri F., Dumay J. (2012). "Reflections and projections: A decade of Intellectual Capital Accounting Research", *The British Accounting Review*, Vol. 44 Issue 2.
- Haanes K., Fjeldstad Ø. (2000). "Linking Intangible Resources and Competition", *European Management Journal*, Vol. 18/1.
- Habersam M., Piber M. (2003). "Exploring Intellectual Capital in hospitals: two qualitative case studies in Italy and Austria", *European Accounting Review*, Vol. 12/4.
- Halladay M., Bero L. (2000). "Implementing Evidence-Based Practice in Health Care", *Public Money & Management*, Vol. 20/4.
- Handyside J., Parkinson J. (1999). "Team-based planning: new tools for new times", *Healthcare Management Forum*, Vol. 12/2.
- Hannan M.T., Freeman J. (1977). "The Population Ecology of Organizations", *American Journal of Sociology*, Vol. 82/5.
- Hannan M.T., Freeman J.H. (1984). "Structural Inertia and Organizational Change", *American Sociological Review*, Vol.49/2.

- Hatch M.J. (1999). "Exploring the empty spaces of organizing: How improvisational jazz helps redescribe organizational structure", *Organization Studies*, Vol. 20/1.
- Hatry H.P. (1999). *Performance measurement: getting results*, The Urban Institute Press, Washington D.C..
- Hendel R.C., Cerqueira M., Douglas P.S. et al., (2010). A multicenter assessment of the use of single-photon emission computed tomography myocardial perfusion imaging with appropriateness criteria, *J Am Coll Cardiol* , Vol.55.
- Heracleous L. (2001). "An ethnographic study of culture in the context of organizational change", *Journal of Applied Behavioral Science*, Vol. 37/4.
- Hmieleski K.M., Corbett A.C. (2008). "The contrasting interaction effects of improvisational behavior with entrepreneurial self-efficacy on new venture performance and entrepreneur work satisfaction", *Journal of Business Venturing*, Vol. 23/4.
- Hock D.W. (1996). *The Birth of the Chaordic Century: Out of Control and Into Order (Extension as Chaordic Organization)*, Paper presentato alla *Extension National Leadership Conference*, Washington, D.C..
- Hock D.W. (1999). *Birth of the Chaordic Age*, Berrett-Koehler, San Francisco, CA..
- Hood C. (1991). "A public management for all seasons?", *Public Administration*, Vol. 69/1.
- Hsiao W. C. (1995). "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, 32/1-3.
- Huffington Post (2013). "The Price of Evil at JP Morgan", articolo di Richard Emskow, 20 maggio 2013, www.huffingtonpost.com/rj-eskow/the-price-of-evil-at-jpmo_b_2919947.html.
- Huntington J., Gilliam S., Rosen R. (2000). "Organizational Development for Clinical Governance", *British Medical Journal*, Vol. 16.
- Hughes T.P. (1984), "The evolution of large technological systems", in Bijker W. Hughes T. Pinch T. (ed.), "The social construction of technological systems", MIT Press Cambridge.
- Hsiao W. C. (1995). "Abnormal economics in the health sector", *Health Policy*, 32/1-3.

- Ilies R., Nahrgang J.D., Morgeson F.P. (2007). "Leader-member exchange and citizenship behaviors: A meta-analysis", *Journal of Applied Psychology*, Vol. 92.
- Il Fatto Quotidiano (2013). "Ricetta Jp Morgan per Europa integrata: liberarsi delle costituzioni antifasciste", articolo di Luca Pisapia, 19 giugno 2013. [http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/06/19/ricetta-
jp-morgan-per-uneuropa-integrata-liberarsi-delle-costituzioni-
antifasciste/630787/](http://www.ilfattoquotidiano.it/2013/06/19/ricetta-
jp-morgan-per-uneuropa-integrata-liberarsi-delle-costituzioni-
antifasciste/630787/) ,
- Institute of Medicine (1999). "The National Round-table on Health Care Quality: Measuring the Quality of Care", Washington.
- Irgens E.J. (2008). "*Playful teasing in liminal space - A critical view on organizational improvisation*", Nord-Trøndelag University College Report no. 48, Faculty of Economics, Organisation and Leadership The Danish University of Education, Learning Lab Denmark.
- Ittner C.D., Larcker D.F., Meyer M.W. (2003). "Subjectivity and the Weighting of Performance Measures: Evidence Form a Balanced Scorecard", *Accounting Review*, Vol. 78/3.
- Kaletsky A. (2010). "*Capitalism 4.0 – The Birth of a New Economy in the Aftermath of Crisis*", Public Affairs - Perseus Books Group.
- Kahneman D., Tversky A. (2000). "*Choises, Values and Frames*", Cambridge University Press, New York.
- Kahneman D. (2012). "*Pensieri lenti e veloci*", Mondadori Editore, Milano.
- Kanter R.M. (1989). "*When Giants Learn to Dance: Mastering the challenges of Strategy, Management and Careers in the 1990s*", Unwin, London.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2001). "Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management: part II", *Accounting Horizons*, Vol. 15/2.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (2004). "*Strategy Maps – converting intangibles asset into tangible outcomes*", Harvard Business School Press, Boston, MA.
- Kaufman M.H., McTavish J., Mitchell R. (1997). "The gunner with the silver mask: observations on the *management* of severe maxillo-facial lesions over the last 160 years", *Journal of the Royal College of Surgeons of Edinburg*, Vol.42/6.

- Kianto A. (2007). "What do we really mean by dynamic Intellectual Capital?", *International Journal of Learning and Intellectual Capital*, Vol.4/4.
- Kleinknecht A. (2015). "How 'structural reforms' of labour markets harm innovation", Hans Böcker Stiftung - Institute of Economic and Social Research, Nr. 6 July.
- Klepper S. (1996). "Entry, exit, growth and innovation over the product life cycle", *American Economic Review*, Vol. 86.
- Kogut B., Zander. U. (1992). "Knowledge of the firm, combinative capabilities, and the replication of technology", *Organization Science*, Vol. 3.
- Kong E. (2003). "Using Intellectual Capital as a Strategic Tool for Non-profit Organisations", *International Journal of Knowledge, Culture and Change Management*, Vol. 3.
- Kong E. (2007). "The strategic importance of Intellectual Capital in the non profit sector", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 8/4.
- Kotter J. (1990). "A Force for Change: How Leadership Differs from Management", Free Press, New York.
- Krugman P. (1998). "The euro: beware of what you wish for", *Fortune*, <http://web.mit.edu/krugman/www/euronote.html>.
- Krugman P (1991). "Increasing Returns and Economic Geography", *Journal of Political Economy*, Vol.99.
- Krugman P. (2010). "When Zombies Win", The New York Times – The Opinion Pages, <http://www.nytimes.com/2010/12/20/opinion/20krugman.html>.
- Krugman P. (2015). "The Zombies of 2016", The New York Times – The Opinion Pages, <http://www.nytimes.com/2015/04/24/opinion/paul-krugman-zombies-of-2016.html?hp>.
- Lam A. (2004). "Organizational Innovation", MPRA Paper nr. 11539, Royal Holloway College, University of London.
- Lazonick W. (2012). "The Innovative Enterprise and the Developmental State: toward and Economics of "Organizational Success"", paper presentato alla *Annual Conference of the Institute for New Economic Thinking – INET*, Bretton Woods, NH, USA.

- Lazonick W., Mazzucato M. (2013). "The Risk-Reward Nexus in the Innovation-Inequality Relationship", *Industrial and Corporate Change*, Vol. 22/4.
- Lazonick W. (2014). "Profits Without Prosperity: How Stock Buybacks Manipulate the Market, and Leave Most Americans Worse Off", Paper presentato alla *Annual Conference of the Institute for New Economic Thinking - INET*, Toronto, April 10-:-12 2014.
- Lazonick W. (2015). "Stock buybacks: From retain-and-reinvest to downsize-and-distribute", Center for Effective Public Management - The Brookings Institution, Washington DC.
- Lansisalmi H., Kivimaki M., Aalto P., Ruoranen R. (2006). "Innovation in Healthcare: A Systematic Review of Recent Research", *Nursing Science Quarterly*, Vol. 19.
- Le Bon G. (1897). "The crowd: A study of the popular mind", Macmillan.
- Leybourne S., Sadler-Smith E. (2006). "The role of intuition and improvisation in project management", *International Journal of Project Management*, Vol.24.
- Lehndorff S. (2015). "Divisive Integration – The triumph of failed ideas in Europe", European Trade Union Institute (ETUI), Brussels.
- Leone L. (2010). "A critical Review of Improvisation in Organizations: Open Issue and Future Research Directions", Druid Summer Conference on "Opening Up Innovation: Strategy, Organization and Technology", Imperial College London Business School.
- Leone L., Pirozzi M.G., Sicca L.M. (2014). "Loosing power and accepting vulnerability. Organizational improvisation under the microscope in non-managerial improvisation", Working Paper presentato al 30th EGOS Colloquium "Reimagining, Rethinking, Reshaping: Organizational Scholarship in Unsettled Times", Rotterdam School of Management, 3 – 5 luglio.
- Lev B. (2003). "Intangibles", Etas.
- Lev B., Daum J.H. (2003). "Intangible Asset and the need for a holistic and more future-oriented approach to enterprise management and corporate reporting", PMA Intellectual Capital Symposium, Cranfield Management Development Centre, Cranfield University, UK.
- Lim L.S., Haq N., Mahmood S., et al. (2011). "Atherosclerotic cardiovascular disease screening in adults. American College of

- Preventive Medicine position statement on preventive practice", *Am J Prev Med*, Vol.40.
- Lukas C.V., Holmes S.K., Cohen A.B., Restuccia J., Cramer I.E., Shwartz M., Charns M.P. (2007). "Transformational change in health care systems: an organizational model", *Health Care Management Review*, Vol. 32/4.
- Lundvall B.A. (1993). "*National Systems of Innovation*", F. Pinter, London.
- Magli I. (2011). "*La Dittatura Europea*", BUR Rizzoli - RCS, Milano.
- Malerba F., Orsenigo L. (1996). "Schumpeterian patterns of innovation", Cambridge, *Journal of Economics*, Vol.19/1.
- Malerba F., Orsenigo L. (1997). "Technological regimes and sectoral patterns of innovative activities", *Industrial and Corporate Change*, Vol.6.
- Malerba, F. (2002). "Sectoral systems of innovation and production", *Research Policy*, Vol. 31/2.
- Malerba F. (2005). "*Sectoral Systems: How and Why Innovation Differs Across Sectors*", in Fagerberg J., Mowery D., Nelson R. (eds), "*Handbook of Innovation*", Oxford University Press, New York.
- Marr B., Chatzkel J. (2004). "Intellectual Capital At The Crossroads: Managing, Measuring, And Reporting of IC", *Journal Of Intellectual Capital*, Vol. 5/2.
- Marr, B., Roos, G. (2005). "A Strategy Perspective on Intellectual Capital", in Marr, B. (Ed.), "*Perspectives on Intellectual Capital*", Elsevier, Burlington, MA.
- Mazzucato M. (2014). "*The Entrepreneurial State – Debunking Public vs. Private Myths*", Anthem Press, London.
- Melese T., Lin S.M., Chang J.L., Cohen N.H. (2009). "Open innovation networks between academia and industry: an imperative for breakthrough therapies", *Nature Medicine*, Vol. 15/5.
- Merkely B., Roka A., Kutuyifa V., et al. (2010). "Tracing the European course of cardiac resynchronization therapy from 2006 to 2008", *Europace*, Vol.12.
- Miner A.S., Bassoff P., Moorman C. (2001). "Organizational Improvisation and Learning: A field Study", *Administrative Science Quarterly*, Vol.46/2.

- Mieleski K. M., Corbett A. C. (2008). „The contrasting interaction effects of improvisational behavior with entrepreneurial self-efficacy on new venture performance and entrepreneur work satisfaction“, *Journal of Business Venturing*, Vol.23/4.
- Mintzberg H. (1994). "The Fall and Rise of Strategic Planning", *Harvard Business Review*, Vol.72/1.
- Moorman C., Miner A.S. (1998a). "Organizational improvisation and organizational memory", *Academy of Management Review*, Vol. 23/4.
- Moorman C., Miner A.S. (1998b). "The Convergence of Planning and Execution: improvisation in New Product Development", *Journal of Marketing*, Vol. 63/3.
- Morden N.E., Colla C.H., Sequist T.D., Rosenthal M.B. (2014). "Choosing Wisely the politics and economics of labeling low-value services", *N Engl J Med*, Vol.370.
- Moriates C., Soni K., Lai M., Ranji S. (2013). "The value in the evidence. Teaching residents to "Choose Wisely", *JAMA Intern Med*, Vol.173.
- Mossialos E., Thomson S. (2002). "Voluntary health insurance in the European Union: a critical assessment", *International Journal of Health Services*, Vol. 32/1.
- Mossialos E, Thomson S. (2004). "Voluntary health insurance in the European Union", World Health Organization Regional Office for Europe, Copenhagen.
www.euro.who.int/_data/asset/pdf_file/0006/98448/E84885.pdf.
- Mossialos E., Permanand G., Beaten R., Hervey T. (2010). "Health systems governance in Europe: the role of EU law and policy", in Mossialos *et al.*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Mouritsen J. (2006). "Problematising Intellectual Capital Research: Ostensive Versus Performative IC", *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, Vol. 19.
- Mouritsen J., Roslender R. (2009). "Critical Intellectual Capital", *Critical Perspectives On Accounting*, Vol. 20/7.
- Mundell R. (1961). "A Theory of Optimum Currency Areas", *American Economic Review*, Vol.51/4.
- Mushkin S. (1958). "Towards a definition of health economics", *Public Health Reports*, Vol. 73/9.

- Nabitz U., Klazinga N., Walburg, J. (2000). "The EFQM excellence model: European and Dutch experiences with EFQM approach in Health Care", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.12/3.
- Napoleoni L. (2013). "*Democrazia Vendesi – Dalla crisi economica alla politica delle schede bianche*", Rizzoli – RCS, Milano.
- Nelson R.R., Winter S.G. (1977). "In search of useful theory of innovation", *Research Policy*, Vol. 6/1.
- Nelson R., Winter S. (1982). "*An Evolutionary Theory of Economic Change*", Harvard University Press, Cambridge.
- Nelson R. (1993). "*National Innovation Systems: a comparative study*", Oxford University Press, Oxford.
- Newman-Toker D.E., McDonald K.M., Meltzer D.O. (2013). "How much diagnostic safety can we afford, and how should we decide? A health economics perspective", *BMJ Qual Saf*, Vol.22.
- Nonaka I. (1988). "Creating Organizational Order out of Chaos: Self-Renewal in Japanese Firms", *California Management Review*, Vol. 38.
- Nuzzo A., Medici F., Pietro Granella P., Galadini M., Carla Ceccolini C., Lentisco S., con la collaborazione di Lispi L. (2012). "*Rapporto Monitoraggio LEA - Adempimento "mantenimento dell'erogazione dei LEA attraverso gli indicatori della griglia LEA"- Metodologia e Risultati dell'anno 2010*", Ministero della Salute. Testo disponibile al sito: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1829_allegato.pdf.
- O'Donohoe B.P., Page R.J., Awini C. (1988). "Where there is no laryngoscope", *Anaesthesia*, Vol.43/11.
- OECD (1993). "*Public management developments: survey*", OECD, Paris.
- OECD (2004). "*Private health insurance in OECD countries*", OECD, Paris.
- OECD (2012). "*Restoring public finances*", OECD Publishing, Paris.
- OECD (2015). "*OECD Reviews of health care quality: Italy 2014: Raising standards*". OECD Publishing, Paris. Testo disponibile al sito: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225428-en>.
- Office of Fair Trading (1996). "*Health insurance: a report by the Office of Fair Trading*", Office of Fair Trading, London, <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://>

- http://www.offt.gov.uk/shared_offt/reports/financial_products/oft168.pdf.
- Office of Fair Trading (1998). "Health insurance: a second report by the Office of Fair Trading", Office of Fair Trading, London, http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.offt.gov.uk/shared_offt/reports/financial_products/oft230.pdf.
- Omachonu V.K., Einspruch N.G. (2010). "Innovation in Healthcare Delivery Systems: A Conceptual Framework", *The Innovation Journal: The Public Sector Innovation Journal*, Vol. 15/1.
- Organisation for Economic Cooperation and Development (1993), "Public management developments: survey", OECD, Paris.
- Orsini E., Lorenzoni R., Becherini F. et al. (2007). "L'appropriatezza dei test cardiologici non invasivi. Studio osservazionale sull'appropriatezza della prescrizione del test da sforzo, dell'ecocardiogramma, dell'ECG dinamico e dell'ecografia vascolare", *G Ital Cardiol*, Vol.8.
- Oxley H., MacFarlan M. (1995). "Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency", OECD Economics Studies, Paris, Nr. 24.
- Øvretveit J. (2009). "Does improving quality save money? A review of evidence of which improvements to quality reduce costs to health service providers", Evidence, the Health Foundation, London.
- O'Sullivan M. (1998). "The Innovative Enterprise and Corporate Governance", Project Innovation Systems and European Integration (ISE), INSEAD.
- O'Sullivan M.J. (1999). "Strategic learning in healthcare organizations. *Hospital Topics*, Vol. 77/3.
- Pammolli F., Salerno N.C. (2008). "La Sanità in Italia. Federalismo, regolazione dei mercati, sostenibilità delle finanze pubbliche", Il Mulino, Bologna.
- Pavitt K. (1984). "Sectoral patterns of technical change: Towards a taxonomy and a theory", *Research Policy*, Vol.13/6.
- Perez C. (2009). "After Crisis: Creative Construction", Open Democracy, sito www.opendemocracy.net/article/economics/email/how-to-makeeconomiccrisis-creative.

- Peters T., Waterman R.H. (1982). *"In Search of Excellence: Lessons from America's Best-Run Companies"*, Harper & Row, London.
- Pettigrew M. (1979). "On Studying Organizational Cultures", *Administrative Science Quarterly - Qualitative Methodology*, Vol. 24/4.
- Pfeffer J. (1998). *"The human equation: Building profits by putting people first"*, Harvard Business School Press, Cambridge, Massachusetts.
- Piketty T. (2014). *"Capital in the Twenty-First Century"*, Belknap Press, Harvard University Press, Cambridge, USA.
- Pirozzi M.G., Saggese S. (2015). "Assicurazioni sanitarie private: conseguenze per i cittadini ed implicazioni per il SSN derivanti dalla loro eventuale introduzione – Un'opportunità o un vaso di Pandora?", *MECOSAN*, nr. 95.
- Pirozzi M.G., Ferulano G.P. (2016). "Intellectual Capital and Performance Measurement in Healthcare Organizations: an Integrated New Model", *Journal of Intellectual Capital*, Vol. 17 Issue 2.
- Polanyi M. (1967). *"The Tacit Dimension"*, Anchor Day Books, New York.
- Powell T.C., Dent Micallef A. (1997). "Information Technology as competitive advantage: The role of human, business and technology resources", *Strategic Management Journal*, Vol.18/5.
- Price P., Pollock A., Shaoul J. (1999). "How the World Trade Organization is Shaping Domestic Policies in Health Care", *The Lancet*, Vol. 354.
- Quiggin J. (2012). *"Zombies Economics – How dead Ideas Still Walk Among Us"*, Princeton University Press, Fifth edition.
- Richards T., Montori V.M., Godlee F., Lapsley P., Paul D.(2013). "Let the patient revolution begin. Patients can improve healthcare: it's time to take partnership seriously", *BMJ*, Vol.346.
- Robertson R. (1995). *"Glocalization: Time-Space and Homogeneity-Heterogeneity"*, in Featherstone M., Lash S. e Robertson R. (eds.) *"Global Modernities"*, Sage, London.
- Robinson J.C., Casalino L.P. (1996). "Vertical integration and organizational networks in Health Care", *Health Affairs*, Vol.15/1.
- Rogers E.M. (1995). *"Diffusion of Innovations"*, IV edition, The Free Press – MacMillan Publishing Co., New York.

- Romanelli E., Tushman M.L. (1994). "Organizational Transformation as punctuated equilibrium: an empirical test", *Academy of Management Journal*, Vol. 37/5.
- Rondinella T., Grimaccia E. (2015). "How austerity put a brake on the energy transformation in Italy", in B. Galgòczy B. (editor), "Europe's energy transformation in the austerity trap", European Trade Union Institute – ETUI, Brussels.
- Roos G., Bainbridge A., Jacobsen K. (2001). "Intellectual Capital Analysis as a strategic tool", *Strategy and Leadership Journal*, Vol 29/4.
- Roslender R. (2009). "The Prospects For Satisfactorily Measuring And Reporting Intangibles: Time To Embrace A New Model Of (Ac)Counting?", *Journal Of Human Resource Costing & Accounting*, Vol. 13.
- Roslender R., Stevenson J. (2009). "Accounting For People: A Real Step Forward Or More A Case Of Wishing And Hoping?", *Critical Perspectives On Accounting*, Vol. 20.
- Sackett D.L., Rosenberg W.M. (1995). "The Need for Evidence-based Medicine", *Journal of the Royal Society of Medicine*, Vol. 88/11.
- Salvatore D. (1997). "The common unresolved problems within EMS and the EMU", *American Economic Review*, Vol. 87/2.
- Sawyer R.K. (2000). "Improvisation and the creative process: Dewey, Collingwood, and the aesthetics of spontaneity", *Journal of Aesthetics and Art Criticism*, Vol. 58.
- Schraad-Tischler D. (2015). "Social Justice in the EU – Index Report 2015 – Social Inclusion Monitor Europe", Bertelsmann Stiftung, Germania.
- Schein E.H., (1984). "Coming to a new awareness of organizational culture", *Sloan Management Review*, Vol.25/4.
- Schein E.H. (1990). "Organizational Culture", *American Psychologist*, Vol.45/2.
- Schein E.H. (2004). "Organizational Culture and Leadership", Jossey-Bass (Wiley).
- Schioppa Padoa T. (2003). "Berlino e Parigi ritorno alla realtà – Interventi strutturali difficili ma obbligati", Corriere della Sera, Agosto 2003.
<http://www.tommaspadoaschioppa.eu/europa/berlino-e-parigi-ritorno-alla-realta>.

- Schön D. A. (1991). *"The Reflective turn. Case studies in and on educational practice"*, Teachers College, Columbia University, New York.
- Schraad-Tischler D. (2015). *"Social Justice in the EU – Index Report 2015 – Social Inclusion Monitor Europe"*, Bertelsmann Stiftung, Germania.
- Schrempf B., Kaplan D., Schroeder D. (2013). *"National, Regional, and Sectoral Systems of Innovation – An overview"*, Report for FP7 Project "Progress", progressproject.eu.
- Schumpeter J.A. (1934). *"The Theory of Economic Development - An Inquiry into Profits, Capital, Credit, Interest, and the Business Cycle"*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- Schumpeter J.A., (1942). *"Capitalism, Socialism and Democracy"*, Routledge, New York.
- Scott W. R., Davis G. F. (2007). *"Organizations and organizing: Rational, natural, and open systems perspectives"*, Pearson Prentice Hall, NJ.
- Scott T., Mannion R., Marshall M., Davies H. (2003). "Does organisational culture influence health care performance? A review of the evidence", *J Health Serv Res Policy*, Vol.8/2.
- Shaffer E.R., Waitzkin H., Brenner J., Jasso-Aguilar R. (2005). "Global Trade and Public Health", *Health Policy and Ethics*, Vol. 95/1.
- Scharpf F.W. (2002). "The European social model: coping with the challenges of diversity", *Journal of Common Market Studies*, 40.
- Senge P.M. (1990). *"The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization"*, I edizione, Bantam Doubleday dell Publishing Group, New York.
- Shaw C.D. (2000). "External quality mechanisms for health care: summary of the ExPeRT project on visitatie, accreditation, EFQM and ISO assessment in European Union countries", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol. 12/3.
- Shih C., Berliner E. (2008). "Diffusion of New Technology And Payment Policies: Coronary Stents", *Health Affairs*, Vol. 27/6.
- Shortell S.M., Bennett C.L., Byck G.R. (1998). "Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement on Clinical Practice: What it Will Take to Accelerate Progress", *Milbank Quarterly*, Vol. 76.

- Shortell S. M., Zazzali J.I., Burns L.R., Alexander J.A., Gillies R.R., Budetti P.P., et al. (2001). "Implementing Evidence-Based Medicine", *Medical Care*, Vol. 39.
- Silverman Ed. (2015). "Pfizer-Allergan deal. A boon to shareholders, a blow to R&D", articolo pubblicato dal giornale on-line STAT - Reporting from frontiers of health and medicine, <https://www.statnews.com/2015/11/23/pharmalot-pfizer-allergan-innovation/>, novembre 2015.
- Simonazzi A. (2015). "Italy's long stagnation", in Lehndorff S. (editor) "Divisive integration - the triumph of failed ideas in Europe", European Trade Union Institute (ETUI), Brussels.
- Spinsanti S. (1996). "La qualità nei servizi sociali e sanitari: tra management ed etica", in Øvretveit J, ed. "La qualità nel servizio sanitario", EdiSES, Napoli.
- Stacey R.D. (2003). "Strategic Management and Organizational Dynamics: The Challenge of Complexity", FT Prentice-Hall, Harlow.
- Stam C.D. (2010). "Ideas and things: understanding the dynamic dimension of intellectual capital", *European Conference on Intellectual Capital Proceedings*, Lisbon, Portugal.
- Stewart T.A. (1997). "Intellectual Capital: The New Wealth Of Organizations", Doubleday-Currency, New York.
- Stiglitz J.E. (2012). "The Price of Inequality", W.W. Norton & Company, New York.
- Stiglitz J.E. (2002). "Globalization and Its discontents", Norton, New York.
- Storey J., Holti R. (2013). "Leadership for the NHS", NHS - Leadership Academy, available at: <http://www.leadershipacademy.nhs.uk>.
- Sturgeon T. J. (2002). "Modular production networks: A new American model of industrial organization", *Industrial and Corporate Change*, Vol.11.
- Subramaniam M., Youndt M.A. (2005). "The influence of Intellectual Capital on the types of Innovative capabilities", *Academy of Management Journal*, Vol. 48/3.
- Sveiby K.E. (1997). "The New Organizational Wealth: Managing And Measuring Knowledge- Based Asset", Berrett-Koehler, New York.

- Takahashi N., Shintaku J., Ohkawa H. (2013). "Is Technological Trajectory Disruptive?", *Annals of Business Administrative Science*, Vol. 12.
- Teece D., Pisano G. (1994). "The dynamic capabilities of firms: an introduction", *Industrial and Corporate Change*, Vol.3.
- Teece D., Pisano G., Shuen A. (1997). "Dynamic capabilities and Strategic management", *Strategic Management Journal*, Vol.18/7.
- Tetenbaum T. (1998). "Shifting paradymys: from Newton to Chaos", *Organizational Dynamics*, Vol. 26/4.
- Thomson S., Mossialos E. (2004). "What are the equity, efficiency, cost containment and choice implications of private health-care funding in Western Europe?", *World Health Organization – Regional Office for Europe – HEN*, Copenhagen.
- Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009). "Financing health care in the European Union – Challenges and policy responses", *European Observatory on Health Systems and Policies*, Observatory Studies, 17.
- Topol E. (2013). "*The Creative Destruction of Medicine – How the digital revolution will create better health care*", Basic Books, New York.
- United Nations (2003). "*Handbook of National Accounting: Handbook on Non-Profit Institutions in the System of National Accounts*", Series F, No. 91, United Nations Publications, New York.
- Van Doorslaer E., Masseria C., (2004). "*Income-related inequality in the use of medical care in 21 OECD countries*", OECD Health Equity Research Group Members Paris, OECD, 2004.
- Van Doorslaer E., Masseria C., Koolman X. (2006). "Inequalities in access to medical care by income in developed countries", *Canadian Medical Association Journal*.
- Veltri S., Bronzetti G., Sicoli G. (2011). "Reporting Intellectual Capital in healthcare organizations: Specifics, Lessons learned, and future research perspectives", *Journal of Health Care Finance*, Vol. 38/2.
- Vera D., Crossan M. (2004). "Theatrical improvisation, Lessons for organizations", *Organization Studies*, 25.
- Vera D., Crossan M. (2005), "Improvisation and Innovative Performance in Teams", *Organization Science*, Vol.16/3.
- Vera D., Crossan M. (2007). "Reconciling learning paradoxes through improvisation", Proceedings of OLKC 2007.

- Viedma J.M. (2007). "In Search of an Intellectual Capital Comprehensive Theory", *The Electronic Journal of Knowledge Management*, Vol. 5/2.
- Wallas G. (1926). *"The Art of Thought"*, Harcourt, Brace & Company, New York.
- Walshe K., Rundall T.G. (2001). "Evidence-based *Management: From theory to Practice in Health Care*", *The Milbank Quarterly-Blackwell Publishing*, Vol. 79/3.
- Watson T.J. (1997). *"In Search of Management"*, Thompson International, London.
- Weber M. (1947). *"The Theory of Social and Economic Organization"*, The Free Press, Glencoe, IL.
- Weick K.E. (1979). *"The Social Psychology of Organizing"*, 2nd Ed., Addison-Wesley, Reading, M.A.
- Weick K.E. (1996). "Drop your tools: an allegory for organizational studies", *Administrative Science Quarterly*, Vol.41.
- Weick K.E., Quinn E.R. (1999). "Organizational change and development", *Annual Review of Psychology*, Vol.50.
- Weiss LL.M. (2015). *"Trading Health? UK Faculty of Public Health Policy Report on the Transatlantic Trade and Investment Partnership"*, UK Faculty of Public Health, London, <http://www.fph.org.uk/uploads/FPH%20Policy%20report%20on%20the%20Transatlantic%20Trade%20and%20Investment%20Report%20-%20FINAL.pdf>.
- Werkman R.A. (2009). "Understanding failure to change: a pluralistic approach and five patterns", *Leadership & Organization Development Journal*, Emerald group Publishing Limited, Bingley, London.
- Wilson D.C. (1992). *"A Strategy of Change"*, Routledge, London.
- Winter S. (1984), "Schumpeterian competition in alternative technological regimes", *Journal of Economic Behaviour and Organisation*, Vol. 5.
- Winter S.G. (1994). *"Organizing for continuous improvement: evolutionary theory meets the quality revolution"*, in Baum J., Singh J. (eds) *"Evolutionary Dynamic of Organizations"*, Oxford University press, Oxford.

- Winter S.G. (2003). "Understanding dynamic capabilities", *Strategic Management Journal*, Vol.24.
- West, M.A. (1990). "The Social Psychology of Innovation in Groups", in M.A. West and J.L Farr (Eds.), "Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies", Wiley, Chichester – UK.
- World Health Organization – WHO (2014). "World Health Statistics 2014 - A wealth of information on global public health", Geneva, Switzerland.
- Worren N., Ruddle K., Moore K. (1999). "From Organizational Development to Change Management", *Journal of Applied Behavioural Science*, Vol.35/3, NTL Institute.
- Yonek J., Hines S., Joshi M. (2010). "A guide to achieving high performance in multihospital health system", Health Research & Educational Trust, Chicago, IL, available at: www.hret.org/resources/6800002130.
- Zamagni S. (1996). "Il mercato globale e la società post-industriale", in Roversi Monaco F., Varni A., Bottari C. (a cura di), "Leggere il mutamento nella società di fine millennio", Vallecchi Editore, Firenze.
- Zammuto R.S., Krakower J.Y. (1991). "Quantitative and Qualitative Studies of Organizational Culture", *Research in Organizational Change and Development*, Nr.5.
- Zenezini M. (2014). "Riforme economiche e crescita: una discussione critica", Università di Siena, Quaderni del Dipartimento di Economia Politica e Statistica, Nr.696 - Aprile 2014.
-

▪