

6. Humanitas Research Hospital di *Francesca Lecci e Francesco Longo*¹

Il caso Humanitas Research Hospital (HRH) analizza la traiettoria di sviluppo di un ospedale considerato eccellente nel panorama del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) dalla fase di start up al suo consolidamento, fino all'attuale fase di ulteriore innovazione strategica.

Si tratta di un caso aziendale che, avendo alla base un'idea imprenditoriale ben precisa, cioè quella di coniugare qualità clinica ed efficienza attraverso l'adozione delle migliori logiche organizzative industriali, ha fatto evolvere e via via arricchito la propria missione, la propria formula imprenditoriale e il proprio portafoglio di servizi. La trasformazione strategica è avvenuta in ambiente fortemente regolato dal decisore pubblico come quello della sanità accreditata con il SSN: questo ha reso necessario analizzare e riconsiderare i vincoli esterni per trasformarli in opportunità di sviluppo.

L'azienda ha goduto della possibilità, concessa dagli azionisti, di reinvestire nel proprio sviluppo buona parte degli utili prodotti. Nel settore sanitario essi non dipendono solo dall'efficienza organizzativa, ma anche dal posizionamento di mercato in termini di tipologia di patologie e di pazienti a cui ci si rivolge, in quanto nei sistemi regolati, fisiologicamente, vi sono aree di attività a maggiore e minore redditività, essendo le tariffe definite dal regolatore regionale.

In termini manageriali, l'operazionalizzazione dello sviluppo strategico delineato implica definire in maniera adeguata una risposta ai seguenti quesiti:

- in quali ambiti operare?
- come governare gli asset produttivi?
- quale assetto organizzativo adottare?
- come selezionare e gestire le risorse umane?

¹ Pur essendo frutto di un comune lavoro di ricerca, i §§ 6.1-6.4 sono da attribuirsi a Francesca Lecci. I restanti a Francesco Longo.

6.1 L'azienda e il gruppo di appartenenza

Humanitas Research Hospital SpA (HRH, formalmente denominato Istituto Clinico Humanitas, ICH) è un centro di alta specializzazione, centro di ricerca e sede di insegnamento universitario. L'ospedale si trova a Rozzano, alle porte di Milano, e costituisce la prima struttura ospedaliera avviata dal Gruppo Techint, un gruppo che opera attraverso numerose società:

- Tenaris, produttore e fornitore leader a livello globale di tubi in acciaio e di servizi destinati all'industria energetica mondiale e ad altre applicazioni industriali specialistiche;
- Ternium, tra le maggiori aziende siderurgiche in America latina. L'azienda produce e processa un'ampia gamma di prodotti di acciaio piani e lunghi in Messico e in Argentina;
- Techint Engineering & Construction, società che fornisce servizi di ingegneria, approvvigionamento, costruzione, messa in marcia e gestione di grandi progetti complessi su scala mondiale;
- Tenova, fornitore mondiale di tecnologie d'avanguardia, prodotti e servizi d'ingegneria per l'industria del ferro e dell'acciaio e mineraria;
- Tecpetrol, un'impresa di esplorazione e produzione di idrocarburi, che promuove e gestisce reti di trasporto e distribuzione di gas in America Latina;
- Humanitas Domini, una rete di ospedali in Italia orientati alla ricerca, con una gestione centrata sul paziente e basata sull'uso di sistemi informativi integrati di ultima generazione.

Humanitas Research Hospital (HRH) fa parte del sottogruppo Humanitas SpA presente con altri presidi ospedalieri a Bergamo, Torino, Catania e Castellanza (Varese). Nello specifico, il gruppo Humanitas SpA (posseduto per l'89% da Techint SpA) controlla al 100% le strutture di Rozzano (HRH SpA) e di Bergamo (Cliniche Gavazzeni SpA), detiene partecipazioni quasi totalitarie a Torino (Casa di Cura Cellini SpA, 98,16%) e a Catania (Humanitas Centro Catanese Di Oncologia SpA, 96,77%) e di maggioranza a Castellanza (Mater Domini, 78,51%).

Il gruppo Techint prima e il gruppo Humanitas poi hanno perseguito sin dal primo investimento in ambito sanitario una *mission* chiara: «migliorare la vita dei nostri pazienti, grazie a cure sempre più efficaci e a un'organizzazione innovativa e sostenibile» (Mission HRH, 2015), attraverso una filosofia manageriale basata sui valori di «Eccellenza, Innovazione, Responsabilità, Passione» e orientata a «investire in una ricerca che abbia un impatto concreto sul progresso della Medicina e formare una nuova generazione di

professionisti attraverso un modello che unisce Clinica, Ricerca e Università» (documenti aziendali, 2015).

La declinazione concreta della *mission* ha richiesto alla struttura di attivare un modello operativo che ha evitato la dispersione delle *facilities*, puntando sulla condivisione e la concentrazione delle risorse attraverso una loro gestione unitaria a livello aziendale, superando la tradizionale frammentazione nel governo dei fattori produttivi critici in sanità, determinata dal prevalere delle prerogative delle molteplici specializzazioni mediche. Anche grazie a questo modello operativo, HRH è oggi considerato uno degli ospedali tecnologicamente più avanzati in Europa, perché la condivisione e la concentrazione delle tecnologie permette di evitare di disperdere e frammentare lo stock di investimenti fissi e di focalizzarsi su funzioni qualificate e di alta specializzazione. A questo proposito possiamo citare nel portafoglio di tecnologie disponibili, tra gli esempi più significativi, acceleratori lineari per la radioterapia, sistemi chirurgici robotizzati, cinque Risonanze Magnetiche Nucleari, due PET-TC e un sistema per immagini di nuova generazione adatto alla ricostruzione in 3D. Inoltre, è stato il primo policlinico italiano, ed uno dei pochi in Europa, ad essere certificato per la qualità da *Joint Commission International* (2002, 2006, 2009, 2012). La certificazione di qualità fluidifica il rapporto con la committenza pubblica, che finanzia buona parte dell'attività di HRH erogata per conto del Servizio Sanitario Nazionale (SSN). Infatti, il SSN, attraverso la sua agenzia locale (l'Azienda Sanitaria Locale – ASL –), controlla e garantisce la qualità delle cure ai pazienti. La certificazione degli standard e delle procedure di qualità, ottenuta da una primaria agenzia di certificazione terza, di grande prestigio internazionale, costituisce un significativo elemento di solidità e garanzia per il controllore pubblico. La certificazione di qualità è però rilevante anche per qualificarsi nello scenario competitivo internazionale, sia per attrarre fondi di ricerca che vengono più facilmente collocati in istituti dalle procedure assistenziali e di ricerca robuste e garantite, sia per attrarre pazienti dall'estero che ricercano le migliori condizioni di qualità e di sicurezza operativa.

HRH nel 2014 opera attraverso una struttura dotata di 747 posti letto complessivi, suddivisi in 651 letti di degenza ordinaria, 24 letti di terapia intensiva (generale e cardiocirurgica) e 72 letti in Day Hospital. L'ospedale di Rozzano si struttura su 18 reparti di degenza e 140 tra ambulatori diagnostici e sale visita, per una superficie complessiva di circa 65.000 m². Il pronto soccorso, organizzato e strutturato in maniera autonoma rispetto al resto dell'ospedale, conta sette sale visita, 14 posti di osservazione, sala gessi, sala piccoli interventi, locale di isolamento a pressione negativa e radiologia per ulteriori 5000 m².

HRH è passato dalla tradizionale struttura organizzativa basata solo sui Dipartimenti a quella per Centri. Attualmente ci sono 4 Centri maggiori

(*Cancer Center, Cardio Center, Neuro Center, Ortho Center*) e due specialistici (*Fertility Center* e Centro Oculistico).

Sulla base di una struttura a matrice i Centri si intersecano con le Aree Mediche e dei Servizi:

- Anestesia e Terapia Intensiva Generale;
- Chirurgie;
- Day Hospital Chirurgico;
- Diagnostica per Immagini;
- Gastroenterologia;
- Laboratori;
- Medicina Interna;
- Riabilitazione e Recupero Funzionale;
- Salute della Donna.

Per cercare di comprendere come in questo ospedale si costruiscono le scelte strategiche, osserviamo le dinamiche di analisi, discussione e decisione che avvengono nelle periodiche riunioni di confronto tra management della capogruppo e management delle controllate.

6.2 Il rapporto tra capogruppo e controllata nella formulazione e implementazione delle scelte strategiche

Come accade in tutte le aziende, le energie sono assorbite dalla quotidianità e dalle contingenze e questo rende difficile creare uno spazio mentale e fisico per analizzare il posizionamento strategico attuale e prospettico, determinando spesso il prevalere di strategie emergenti implicite, senza la necessaria consapevolezza da parte degli stessi decisori. Questo pericolo è ancora più presente nelle aziende sanitarie il cui core business è sempre attivo (365 giorni all'anno, h 24) e i cui utenti arrivano spontaneamente ai servizi. In casi come HRH la filosofia di efficienza - che spinge alla produttività e a saturare costantemente la capacità produttiva - rischia di non lasciare spazio alcuno di riflessione sul cosa si fa e perché. Per prevenire sistematicamente questo pericolo, si è pensato di utilizzare la separazione tra le strutture e le persone della *holding* Humanitas SpA da un lato e le strutture e le persone delle aziende controllate dall'altro, per creare un *setting* potenziale di riflessione strategica. La holding organizza con una periodicità mensile (che può diventare bisettimanale) riunioni di riflessione strategica con le controllate dalla durata variabile dalle tre alle sei ore, per tradizione di martedì. La riunione di capogruppo non è mai un momento scontato per il futuro di HRH e quello del gruppo: partecipano a queste riunioni la proprietà (ovvero Gianfelice Rocca,

presidente del consiglio di amministrazione del gruppo Humanitas SpA e presidente del consiglio di amministrazione di Techint Industrial Corporation SpA, che detiene la proprietà o significative partecipazioni nella maggior parte delle aziende che gravitano nella galassia del gruppo Techint), il top management della holding (ovvero Ivan Michele Colombo, Amministratore Delegato; Massimiliano Laganà, CFO; Piero Maria Melodia, Vice Presidente e Direttore delle relazioni istituzionali; Patrizia Meroni, Sovrintendente sanitario di Gruppo; Paola Boromei, Direttore del personale di Gruppo) e il top management delle controllate (vale a dire gli amministratori delegati delle aziende del gruppo Humanitas – HRH SpA, Cliniche Gavazzeni SpA, Casa di Cura Cellini SpA, Humanitas Centro Catanese di Oncologia SpA, Mater Domini). Più spesso si discute della singola controllata, altre volte del gruppo nel suo complesso. Il punto di partenza di tutte queste discussioni sono la missione del gruppo e gli obiettivi strategici delle controllate confrontati con le evidenze quantitative appositamente raccolte, sistematizzate ed analizzate, attraverso dei set di indicatori. In questo *setting* i possibili scostamenti tra aspettative strategiche ed evidenze empiriche risultano immediatamente visibili. Questo favorisce la focalizzazione delle analisi e delle interpretazioni sulla prospettiva strategica, allontanando i problemi operativi quotidiani e contingenti. Questo allontanamento dall'operatività quotidiana è sancito anche da un piccolo rito logistico: gli incontri si svolgono nella sede della holding, che è separata e diversa da quella di HRH Rozzano, dovendo attraversare un ponte che porta in un edificio a sé stante, che rappresenta anche fisicamente il luogo dei numeri e delle riflessioni, diverso e distante dal luogo della cura e dell'erogazione operativa dei servizi.

Alcune condizioni determinano e favoriscono la manutenzione di questo *setting* di *strategic thinking*. La costante presenza della proprietà nella figura del Dott. Gianfelice Rocca determina un'agenda di lavoro fortemente correlata alla riflessione sulle missioni e sulle strategie aziendali, evitando lo slittamento verso aspetti operativi di minor rilievo. Ogni riunione è istruita con un robusto lavoro di analisi quantitativa dei problemi e delle prospettive, curato dal responsabile economico-finanziario Laganà per le prospettive di gruppo o dal singolo direttore di struttura per l'analisi della singola controllata, che indirizza la discussione e la fonda su elementi quantitativi. La durata delle riunioni di almeno 3-4 ore garantisce uno spazio di lavoro idoneo a riflessioni sufficientemente approfondite e prospettiche. Raramente vi è l'ansia di dover assumere immediatamente decisioni operative e questo permette di mantenere la disponibilità di alcuni momenti di presa di coscienza, di apprendimento reciproco, di riflessione comune, che rimandano a successive riunioni decisionali. La sospensione della scelta anche per più incontri, la tendenza a produrre dati sempre più precisi e specifici, la focalizzazione sull'analisi, fanno di questo *setting* più un luogo di *strategic thinking* che un

luogo strettamente decisionale. Questo garantisce un profondo processo di allineamento conoscitivo e culturale tra i tutti i partecipanti; genera decisioni consensuali, perché dibattute a lungo incrociando i molteplici punti di vista; ne favorisce l'efficacia attuativa, in quanto i manager coinvolti escono dagli incontri convinti e consapevoli di cosa ci si aspetta da loro. Rimane sempre in evidenza che la contestualizzazione e specificazione in atti e procedure di programmazione aziendale delle visioni maturate nelle riunioni con la capogruppo sono di competenza del management delle controllate, nel nostro caso HRH, così come la loro piena implementazione. Infatti, le scelte relative agli investimenti ordinari e straordinari di continuità sono gestite direttamente dall'amministratore delegato di ogni singola struttura (sentita la holding), mentre gli investimenti straordinari non di continuità, che richiedono condivisione più ampia e verticale, sono concordati in seno al CdA della Holding. Per garantire alti coefficienti attuativi, ogni volta che viene compiuta una scelta strategica, si avvia un correlato progetto di gestione operativa (spesso seguito direttamente dall'AD Corporate).

Questa struttura di *governance* duale, che focalizza la holding sulla formulazione delle visioni e delle innovazioni strategiche e le aziende controllate sulla gestione e sull'attuazione delle strategie deliberate, è emersa nel corso del tempo per successive modificazioni, in relazione alla crescita dimensionale e di complessità del gruppo e a quella delle persone.

Si riporta di seguito qualche passaggio di una riunione del 2015. Gianfelice Rocca: «In 25 anni abbiamo attraversato e gestito un lungo processo di sviluppo sistemico, fondando un nuovo ospedale su nuove e diverse basi concettuali, lo abbiamo sviluppato quantitativamente, introducendo via via nuove specialità e il pronto soccorso, lo abbiamo trasformato in istituto di ricerca e cura a carattere scientifico (IRCCS) e ora abbiamo anche l'*Humanitas University*. Questo è diventato un *hub* di una rete di ospedali presenti in diverse regioni. Questo può essere solo un punto di partenza. Dobbiamo avere nuovi e ulteriori traguardi». Colombo (AD del Gruppo): «Se guardo al sito del Gruppo e di HRH (vedi Box 6.1) mi sorprendo di quanta strada abbiamo percorso in questi pochi anni: sempre una nuova sfida, ogni volta una nuova tappa che costituiva un vero e proprio salto paradigmatico. What can be next?»

Box 6.1 Le tappe fondamentali della storia di HRH.

1989: Techint conduce uno studio di fattibilità per la progettazione e realizzazione del complesso ospedaliero. Attraverso studi preliminari, il bacino di utenza viene individuato nell'area metropolitana a sud di Milano. L'obiettivo è realizzare una struttura con specialità di base e di livello superiore.

1996: Ultimata la costruzione dell'ospedale: il 4 marzo 1996 Humanitas apre le porte e accoglie il primo paziente.

1997: Entra in vigore la convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale per i servizi di ricovero.

1999: Nasce la Fondazione Humanitas con lo scopo di aiutare il paziente e chi lo assiste dal punto di vista pratico e psicologico.

2000: Humanitas diviene sede di insegnamento dell'Università degli Studi di Milano per il corso di laurea in Infermieristica, seguito poi da Medicina e Biotecnologie.

2002: Humanitas diventa case-study per il Master in Business Administration dell'Università di Harvard ed è il primo policlinico italiano a ottenere l'accreditamento di eccellenza da Joint Commission International, uno dei più importanti enti mondiali di certificazione della qualità ospedaliera.

2003: Inaugurazione del Pronto Soccorso EAS e della Radioterapia.

2005: Humanitas diviene Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) nell'ambito delle malattie immunodegenerative, riconosciuto dal Ministero della Salute e dalla Regione Lombardia tra i centri che si distinguono per la qualità delle cure e la capacità di trasferire i risultati della ricerca e dell'innovazione nell'attività clinica quotidiana. Nasce la Fondazione Humanitas per la Ricerca.

2007: Inaugurazione del Centro di Ricerca e Didattica.

2010: Nasce l'International Medical School in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano.

2012: La produzione scientifica di Humanitas raggiunge un *Impact Factor* (IF) di 2.250 punti, un risultato che pone l'istituto tra i primi IRCCS sul fronte della produzione scientifica.

2013: Ampliamento delle attività di diagnostica con nuove *facilities*. Crescita della produzione scientifica a 2600 punti di IF.

2014: Riconoscimento ministeriale (14/7) e attivazione della Humanitas University. Ulteriore crescita della produzione scientifica a 3100 punti di IF.

Fonte: Adattamento da <http://www.humanitas.it/pazienti/info/chi-siamo#storia>.

Gianfelice Rocca: «Serve un nuovo orizzonte, un nuovo salto paradigmatico, dobbiamo evolverci ulteriormente. Abbiamo almeno tre nuove tappe davanti a noi, nei prossimi anni. Il nostro futuro deve vederci come ospedale che fa da regista di grandi *trial* clinici, dobbiamo arrivare a brevettare innovazioni e a commercializzarle. Dobbiamo diventare un nodo di una rete stabile di collaborazioni scientifiche e cliniche con le migliori istituzioni assistenziali e di ricerca al mondo. Dobbiamo diventare un centro di riferimento per la mobilità internazionale dei pazienti». Melodia: «Aprirci a nuove collaborazioni e lavorare in una logica di rete è una sfida che ci impone di definire nuove modalità di lavoro e nuove dimensioni target». Luciano Ravera (AD HRH) : «Sarebbe interessante studiare come nelle *best practice* internazionali funziona il processo di sviluppo dell'innovazione scientifica, la sua brevettazione, la sua commercializzazione: quali modelli organizzativi e quale sistema di incentivi per i ricercatori?».

6.3 Le prospettive di sviluppo

In una di queste riunioni presiedute da Gianfelice Rocca è emersa, nel corso dell'ultimo trimestre 2014, una problematica che potrebbe portare HRH a

mettere in atto scelte di grande portata. Così Luciano Ravera ha posto il problema e proposto la soluzione: «Siamo a tetto rispetto al budget di finanziamenti che l'ASL ci concede per quest'anno: ulteriori prestazioni per pazienti in regime di SSN non verranno pagate dal sistema pubblico e risulterebbero per noi un puro costo. A mio modo di vedere è necessario fare una valutazione sui servizi, perché rischiamo di sfondare il budget e di non vedere riconosciuto il valore economico della nostra produzione che supera la programmazione dell'ASL e della Regione! E' una scelta dolorosa e complicata, anche perché le liste d'attesa hanno ormai raggiunto il massimo storico per colpa del razionamento che è in corso nel SSN. Paradossalmente ci sono i pazienti, noi abbiamo capacità produttiva da saturare, ma il SSN non è in grado di pagare tutte le prestazioni necessarie per i pazienti». In effetti l'ospedale ha registrato il raddoppio, nell'arco di poco meno di un anno, della lista d'attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie (da 4.500 a 9.500 pazienti) a causa dell'esaurimento del budget concesso dal SSN per l'esercizio in corso.

Si svolge quindi una discussione al termine della quale così conclude Colombo amministratore delegato del gruppo: «Non possiamo aspettarci la crescita dei finanziamenti provenienti dal nostro committente pubblico (ASL e Regione). Quindi, per saturare la nostra capacità produttiva e per crescere, la nostra strategia dovrà focalizzarsi sui seguenti cardini:

- a. aumentare la quota di produzione per pazienti paganti (sia quelli assicurati, sia quelli che pagano di tasca propria, ossia "out of pocket"²) fino al 30% del totale della produzione, in particolare sulla dimensione ambulatoriale. A tal fine sarà necessario valutare se attivare in tempi rapidi una sede distaccata in centro a Milano;
- b. puntare sull'università per far crescere il livello di specializzazione e promuovere il brand sul mercato internazionale della ricerca;
- c. promuovere l'internazionalizzazione anche in campo assistenziale, reclutando pazienti dall'estero, soprattutto dai paesi emergenti dove alla crescita del reddito di alcuni segmenti sociali non corrisponde una equivalente maturazione dei servizi sanitari, anche mettendoci in rete con altre primarie istituzioni europee ed USA;
- d. comprare altri ospedali accreditati con il SSN, che portano in dote, oltre alla loro capacità di offerta, il loro budget storico contrattualizzato con il SSN. Non è infatti possibile aumentare il volume di finanziamento contrattato con la ASL per i singoli ospedali, a causa dell'assenza di crescita nel fondo sanitario nazionale».

² La spesa sanitaria *out-of-pocket* include tutte le spese per prestazioni sanitarie completamente a carico della persona o della famiglia (non sono incluse le spese assicurative pagate direttamente dai privati).

Le principali preoccupazioni per il futuro sono legate alle criticità del SSN, sia a livello nazionale, sia a livello regionale, essendo storicamente l'83% (dato 2012) del fatturato di HRH legato, per scelta e per vocazione, al sistema pubblico. Nello specifico preoccupa la carenza di risorse del sistema pubblico, che non cresce da anni e quindi comporta una riduzione di fatto delle sue capacità di committenza. Inoltre, il persistere di un certo disordine istituzionale e l'incertezza decisionale di alcuni regolatori regionali impediscono piani e programmi pluriennali perché lo scenario di riferimento è costantemente instabile e mutevole con difficili possibilità di prevederne le traiettorie e le loro intensità. Anche per rispondere a queste criticità, HRH ha deciso di comunicare formalmente alla Regione Lombardia le direttrici della propria strategia di sviluppo e diversificazione, presentate in un incontro con l'obiettivo di ottenere conforto dal regolatore regionale, in termini non tanto di risorse aggiuntive, quanto di condivisione e sostegno istituzionale ad una diagnosi di sistema e a una possibile visione di futuro.

La Regione ha apprezzato il processo di condivisione avviato da Humanitas:

1. ha preso atto delle ipotesi strategiche di HRH, che, non afferendo ai contratti in essere con il sistema pubblico lombardo, non richiedono l'attivazione di nuove procedure negoziali.
2. sull'aumento della quota di produzione *out of pocket* e dell'apertura di una sede distaccata in centro a Milano, non ha rilevato alcuna controindicazione e anche nessuna interferenza con l'attività erogata in regime di accreditamento con il sistema sanitario.
3. ha apprezzato la scelta di puntare sull'università per far crescere il livello di specializzazione e promuovere il *brand* sul mercato internazionale della ricerca e della didattica. Questa scelta richiede che HRH si confronti con il MIUR per delineare gli sviluppi futuri.
4. ha valutato positivamente la scelta di promuovere l'internazionalizzazione anche in campo assistenziale, reclutando pazienti dell'estero e mettendovi in rete con altre primarie istituzioni europee ed USA, muovendosi, al di fuori del perimetro del SSN.

In sintesi, la Regione concepisce il proprio ruolo in via prioritaria come committente per la spesa finanziata dal pubblico e in linea di massima non si attribuisce alcun ruolo di regia per la politica complessiva del settore salute. La sanità, in generale, è sempre stata vista come un settore del welfare e non come uno degli ambiti di politica industriale e di sviluppo. Ad HRH non è rimasto che prendere atto di non poter far conto su un contributo istituzionale a codificare le variabili ambientali di riferimento o a connettersi con altre componenti del sistema, ad esempio, per integrare risorse pubbliche e private

sul lato dell'acquisto dei servizi, o per promuovere l'internazionalizzazione del sistema sanitario lombardo. A questo senso di solitudine imprenditoriale HRH cerca di rispondere attingendo *know-how* strategico e gestionale dal proprio gruppo industriale di riferimento e connettendosi a reti sanitarie internazionali.

La decrescente disponibilità di risorse finanziarie da parte del SSN e l'incertezza programmatica pubblica preoccupano soprattutto per il pericolo che esse determinino un indebolimento della qualità clinica raggiunta. Si teme di non poter più mantenere gli standard scientifici e tecnologici e il loro costante aggiornamento a livello EU, essendo ormai la spesa media per abitante italiana inferiore del 25% se paragonata con i principali paesi EU, come Francia o Germania. L'insicurezza rispetto alla qualità finanziabile e da garantire è fonte di preoccupazione perché HRH ha sempre visto nella capacità di coniugare qualità clinica ed efficienza gestionale l'essenza della sua formula imprenditoriale. A questo pericolo si risponde cercando di aumentare i mercati di riferimento, ampliando la quota dedicata agli italiani paganti e cercando di attrarre pazienti stranieri, soprattutto la media borghesia dei paesi emergenti. Inoltre si cerca di investire sulla qualità e sull'innovazione sviluppando l'Università, che costituisce un ambito di intervento in sanità che intrinsecamente determina la diffusione, se non la generazione, di innovazione, riuscendo a reperire risorse aggiuntive dal mercato dei fondi della ricerca e della formazione internazionale. La terza gamba di questa strategia a sostegno dell'innovazione è la costante ricerca di nuovi clinici di prestigio, dalle sicure competenze, attenti alla crescita scientifica, culturalmente sensibili al modello Humanitas.

6.4 Il modello di business di HRH

L'ospedale è finanziato dal sistema pubblico con un meccanismo di tariffe per prestazioni omogenee (*diagnosis related groups* per i ricoveri e tariffe per le prestazioni ambulatoriali): ovvero pazienti simili, a prescindere dalla loro gravità, determinano lo stesso rimborso finanziario dell'ASL a favore dell'ospedale. Ovviamente la tariffa corrisponde ad un paziente "medio": con i pazienti più gravi si generano delle marginalità negative, con quelli meno gravi delle marginalità positive. Le stesse tariffe riconosciute dal SSN, per motivi storici, non sempre sono allineate ai reali costi di produzione delle cure per le singole patologie: in alcuni casi sono sovrastimate, per altre patologie sono abbondantemente sottostimate, oltre a non prevedere mai finanziamenti aggiuntivi per l'utilizzo delle tecnologie più innovative e costose. L'approccio adottato a fronte di tale logica di rimborso delle prestazioni qualifica i comportamenti strategici ed etici delle singole aziende sanitarie, essendoci ampie possibilità di adottare comportamenti opportunistici, difficilmente

riconoscibili dai pazienti, focalizzandosi sulle patologie e sugli stadi di patologie (livelli di gravità) più remunerativi ed utilizzando sempre tecnologie standard e mai innovative.

A questo proposito i principi che guidano HRH sono chiari ed eticamente orientati: non va ricercato l'equilibrio economico a livello di singolo paziente, né a livello di singola unità operativa, ma a livello aziendale. Questo significa che vi sono pazienti e specialità in cui si accettano livelli di marginalità negativa, oppure si utilizzano tecnologie innovative non pienamente finanziate dal SSN, ma che si ritengono appropriate per la tutela della salute, collocandosi alla frontiera delle conoscenze scientifiche. Ovviamente, in altre specialità, le marginalità devono contribuire a rigenerare un equilibrio complessivo d'azienda. In termini organizzativi, il luogo dove si regolano le compensazioni è l'azienda: vengono, infatti, negoziati equilibri economici differenziati sulle varie articolazioni organizzative, con molta trasparenza. Il principio è quello *kaizen* e ogni articolazione organizzativa ha degli obiettivi di miglioramento anche nel dato economico, ancorché esistano, da sempre, aree strutturalmente in perdita.

Questo sofisticato processo di definizione del posizionamento strategico, che orienta il mix e i volumi delle casistiche, costituisce l'essenza della funzione manageriale in sanità, dovendo bilanciare la massimizzazione della quantità di salute estraibile da risorse date dal sistema di finanziamento pubblico e la sostenibilità economica dell'ospedale. Per governare il posizionamento di HRH è stato istituito un gruppo di direzione che si riunisce due o tre volte al mese ed è presieduto dal suo amministratore delegato, Luciano Ravera. Al gruppo partecipano, oltre all'amministratore delegato corporate, Ivan Colombo, anche il direttore sanitario di presidio, il controllo di gestione, il direttore delle risorse umane e l'ufficio acquisti. A seconda degli argomenti, vi partecipano anche la direzione infermieristica o referenti identificati nell'ambito del personale medico.

Questo gruppo compie scelte di allocazione delle risorse e di focalizzazione degli investimenti che operazionalizzano le scelte strategiche assunte. Per gestire questo processo di programmazione e controllo (i) dapprima vengono costruite delle matrici di analisi del posizionamento storico delle singole unità operative cliniche (mix di patologie, volumi, intensità assistenziale, consumo di tecnologie, qualità, costi e ricavi); (ii) successivamente si discutono con i clinici gli obiettivi di budget prospettici e si conducono i momenti di verifica sugli scostamenti registrati; (iii) si cercano innovazioni cliniche, organizzative e manageriali in grado di indurre una spinta al miglioramento continuo.

La complessità e l'articolazione di questo processo di analisi e di decisione spiegano perché la maggior parte delle prerogative di governo sono lasciate dal Gruppo Humanitas spa alle singole controllate, nel nostro caso

all'autonomia di HRH. Coerentemente a questa impostazione della governance di gruppo spetta a HRH riuscire a portare, nell'arco di cinque anni, il mix di ricavi pubblico-privato al 70%-30% dall'attuale 83%-17%.

Questo approccio, basato sulla costante ricerca della qualità e appropriatezza clinica capace di garantire sostenibilità economica, attraverso la valorizzazione delle responsabilità e autonomie manageriali, ha accompagnato HRH e il gruppo Humanitas lungo le tappe principali della sua storia (Box 6.1), sin dall'intuizione originaria di Gianfelice Rocca, che alla fine degli anni '80 si fece promotore della costituzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare per la progettazione e realizzazione di una struttura ospedaliera nella quale provare a coniugare le logiche della *Lean Factory* e i modelli gestionali basati sul perseguimento dei principi del *Total Quality Management*.

Nella tabella 6.1 che segue si riportano i conti economici (uno ogni quattro anni) di HRH relativi al periodo 1996 al 2012. Si può facilmente osservare la rapidità della crescita del fatturato e la progressiva modifica del mix delle entrate. In particolare si osserva la crescita dell'incidenza dell'attività ambulatoriale in regime di SSN rispetto all'attività di ricovero (dal 4% nel 2000 all'attuale 25%), perché lo sviluppo della medicina permette oggi di trattare in regime ambulatoriale patologie o fasi del processo assistenziale che un tempo richiedevano il ricovero. Inoltre si osserva la progressiva crescita dei ricavi privati, che nel 2012 rappresentano il 17% del valore della produzione mentre nel 2004 e nel 2008 ne costituivano il 14%.

E' possibile confrontare i risultati di Humanitas con quello di ospedali pubblici simili operanti nell'area metropolitana milanese. La tabella 6.2 mostra la comparazione tra HRH e i seguenti ospedali, simili per vocazione e dimensione, tutti operanti nell'area milanese: Azienda Ospedaliera Universitaria San Paolo di Milano, Azienda Ospedaliera Universitaria Sacco di Milano, Azienda Ospedaliera Fatebenefratelli di Milano, Azienda Ospedaliera Istituti Clinici di Perfezionamento di Milano (AOICP).

Tabella 6.1 Quadro comparativo dei principali indicatori economici di HRH.

	1996	2000	2004	2008	2012	2013
Humanitas Mirasole						
<i>dati di bilancio in migliaia di Euro</i>						
Ricavi SSN	0	84.148	153.968	208.387	250.005	256.439
Inpatient	0	77.148	115.737	141.672	166.471	166.193
Outpatient	0	3.581	23.229	34.626	54.533	56.575
File-F	0	13	2.953	7.770	14.789	15.634
Ticket	0	1.555	4.537	4.364	6.888	6.727
Funzioni	0	1.853	7.512	19.955	8.324	11.310
Funzioni (A1)	0	0	0	0	5.769	6.852
Funzioni (A5)	0	1.853	7.512	19.955	2.555	4.458
Ricavi privati	4.545	22.012	27.238	38.350	55.328	64.598
Altri Ricavi	1.569	2.354	4.066	10.988	14.031	13.782
Valore della produzione (A)	6.114	108.514	185.272	257.725	319.364	334.817
		100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Costo della produzione (B)	20.184	330,1%	100,905	93,0%	231,979	286,528
		330,1%	87,1%	90,0%	88,7%	88,5%
Margine operativo	-14,070	-320,1%	23,881	25,746	32,836	38,451
		7,0%	12,9%	10,0%	10,3%	11,5%
Risultato netto	-13,853	-326,6%	12,368	17,259	23,546	25,313
		3,7%	6,7%	6,7%	7,4%	7,6%
Attività	solo privato (*)	privato accreditato	privato accreditato PS	privato accreditato PS IRCCS	privato accreditato PS IRCCS Università	privato accreditato PS IRCCS Università

(*) scarsamente significativo anche per l'attività privata, anno parziale e di avviamento

Fonte: Nostra elaborazione su dati aziendali.

Tabella 6.2 Confronto dei risultati economici 2012 tra Aziende Ospedaliere Pubbliche paragonabili e HRH.

	HRH		AO San Paolo		AO Sacco		AO Fatebenefratelli		AO ICP	
	2012	%	2012	%	2012	%	2012	%	2012	%
Ricavi SSN	250.005,00		182.524,00		236.052,00		155.010,00		276.839,00	
<i>Ricoveri</i>	<i>165.471,00</i>		<i>83.840</i>		<i>85.489</i>		<i>62.391</i>		<i>102.847</i>	
<i>Prestazioni ambulatoriali</i>	<i>54.533,00</i>		<i>33.001</i>		<i>41.559</i>		<i>29.398</i>		<i>56.948</i>	
<i>Farmaci Ospedalieri</i>	<i>14.789,00</i>		<i>14.908</i>		<i>61.484</i>		<i>3.851</i>		<i>4.384</i>	
<i>Ticket</i>	<i>6.888,00</i>		<i>3.226</i>		<i>3.926</i>		<i>4.903</i>		<i>14.226</i>	
<i>Finanziamento per funzioni</i>	<i>8.324,00</i>		<i>47.549</i>		<i>43.594</i>		<i>54.467</i>		<i>98.434</i>	
Ricavi privati	55.328,00		20.593		8.029		6.502		14.735	
Altri ricavi	14.031,00		6.637		14.003		5.617		18.417	
Valore della produzione	319.364,00	100,0%	209.754,00	100,0%	258.084,00	100,0%	167.129,00	100,0%	309.991,00	100,0%
Costo della produzione	286.528,00	89,7%	208.908,00	97,2%	250.126,00	96,9%	159.874,00	95,7%	298.948,00	96,4%
Margine operativo	32.836,00	10,3%	5.846,00	2,8%	7.958,00	3,1%	7.255,00	4,3%	11.043,00	3,6%
Risultato Netto	23.546,00	7,4%	75,00	0,0%	204,00	0,1%	59,00	0,0%	190,00	0,1%

Dati 2012 in migliaia di Euro.

6.5 Il modello di organizzativo di HRH

Il modello organizzativo originale prevedeva che i clinici si dedicassero esclusivamente alla parte clinica, mentre il governo dei fattori produttivi (posti letto, spazi, tecnologie e personale di supporto) fosse in mano a quadri e dirigenti gestionali dell'azienda, che ne programmassero l'utilizzo centralmente. E' questo modello che ha consentito all'azienda di perseguire costantemente efficienza, etica e ottimizzazione della produzione di valore, generando un flusso di utili due terzi dei quali sono stati reinvestiti in innovazione tecnologica e infrastrutturale. In questo modo HRH (nata sottocapitalizzata) ha imparato ad autofinanziarsi e a conseguire solidi risultati economici anche in corrispondenza di grandi cambiamenti.

L'intuizione del modello Humanitas è stata di non frammentare la logistica degli spazi dedicati alla cura, ma di concentrarli e dividerli. A tal fine, sin dalle origini, gli infermieri vennero affidati a un capo-infermiere, mentre al primario fu assegnata solo la responsabilità gerarchica sul suo staff medico, oltre quella dell'indicazione diagnostica e terapeutica. Sono stati, pertanto, costituiti dei veri e propri settori responsabili della produzione: ad esempio le unità di degenza (identificate fisicamente) vennero affidate agli infermieri con la supervisione di un coordinatore infermieristico e di un direttore operativo. In questo modo venne a determinarsi una matrice organizzativa che incrocia i settori della produzione (piastre) con gli staff medici (specialità). In seno a questa matrice si visualizza il percorso del paziente (su cui vigilava il tutor – medico) e se ne ottimizzano i contenuti e i tempi. Il tutor ha il dovere di tenere corti i percorsi del paziente e di fare una *prediction* accurata di quanto dureranno, sulla base del principio che «il tempo del malato non è meno prezioso del tempo del medico» (Dott. Mauri, primo direttore medico-sanitario di HRH).

Il modello Humanitas, in buona sostanza, ha introdotto la logica di ingegnerizzazione industriale con l'obiettivo di realizzare tutte le condizioni affinché il medico possa focalizzarsi esclusivamente sul suo ruolo clinico, svolgendo al meglio il proprio lavoro.

L'altro pilastro del modello originario è stato il rifiuto concettuale del *trade-off* tra efficienza e qualità, ovvero il rifiuto dell'ipotesi che per assistere meglio bisogna spendere di più. Secondo Gianfelice Rocca, «L'efficacia delle cure ne garantisce anche l'efficienza». Operativamente questo vuol dire che: «per poter mantenere un elevato grado di qualità bisogna agganciarsi all'innovazione (che vuol dire ricerca e didattica) e portare le persone ad ampliare le loro prospettive. Humanitas ha puntato sulla ricerca e sulla qualità. Infatti, nel 2013, come nei due anni precedenti, la produzione scientifica di Humanitas ha continuato a crescere

in qualità raggiungendo livelli molto elevati, come dimostrato dagli indici bibliometrici: oltre 2.600 punti (di cui 65% sulla parte clinica) di *Impact Factor*, ai primi posti tra gli IRCCS italiani per produzione scientifica» (Colombo, AD Gruppo Humanitas). Un medico neo-assunto assorbe il modello Humanitas in 3-6 mesi, scoprendo il vantaggio di potersi concentrare sulla dimensione clinica e di lasciare ad altri la gestione delle *operation*. I medici aderiscono al modello perché riconoscono i vantaggi di avere a loro disposizione un'organizzazione che innova costantemente e che li mette in condizione di potersi focalizzare sui contenuti clinici del lavoro e di migliorare la propria allocazione del tempo professionale. Pertanto, anche le eventuali resistenze tendono ad affievolirsi rapidamente e si registra uno scarso turnover dei medici. Gli infermieri, rispetto ai modelli tradizionali in cui dipendono dai primari, possono essere sottoposti a maggior stress, perché hanno turni di lavoro più pesanti e lavorano in *setting* multispecialità. A tal fine, anche gli infermieri si concentrano su aspetti clinico-sanitari e vengono sgravati da compiti amministrativi.

Questo modello organizzativo ha consentito ad HRH di crescere in maniera continua e di produrre risultati economici significativi in corrispondenza di tutte le tappe strategiche che ne hanno caratterizzato la storia (vedi Tabella 6.1).

Il modello originario HRH ha subito una significativa innovazione con la crisi economica iniziata nel luglio 2007 ed esplosa nel settembre 2008, che ha determinato un cambiamento nella *delivery* dei servizi, con il passaggio dal modello “policlinico” (accompagnare il paziente lungo il suo percorso assistenziale, lasciando però i singoli processi clinici separati e distinti all'interno delle diverse specialità cliniche), al modello per percorsi. Alle due dimensioni della struttura organizzativa a matrice (piastre e specialità) se n'è aggiunta una terza rappresentata dai *Centers*. Essi sono responsabili del coordinamento e della gestione delle interdipendenze tra unità operative e dell'ottimizzare i processi clinici trasversali, rendendoli strutturalmente integrati, superando i confini tra le specialità cliniche. Attualmente HRH ha già attivato il *Cancer Center*, una struttura dove si concentrano competenze altamente specialistiche contro il cancro, il *Fertility Center*, dedicato al supporto alle coppie che affrontano il problema dell'infertilità, l'Ortho Center e il Centro Oculistico. Sono in via di attivazione il *Cardio Center*, dedicato alla ricerca, diagnosi e cura delle patologie in area cardiologica e il Neuro Center..

In questo modo la struttura organizzativa di HRH si basa su tre tensori organizzativi, ognuno dedicato al presidio di specifici e complementari obiettivi aziendali. I dipartimenti hanno il compito di presidiare le competenze specialistiche, aggiornando i saperi clinici e tecnici in coerenza alle migliori conoscenze scientifiche disponibili. I Centers invece devono governare il coordinamento tra dipartimenti o unità operative per tutte quelle tipologie di

pazienti che devono attraversare una pluralità di unità operative specializzate. A titolo esemplificativo, un paziente oncologico viene visto o trattato nelle seguenti unità operative specialistiche: oncologia, chirurgia, radioterapia, laboratorio analisi, diagnostica per immagini, ma potrebbe necessitare anche della chirurgia plastica, così come della riabilitazione. I Centers hanno la responsabilità di armonizzare i percorsi di attraversamento della filiera assistenziale aziendale, minimizzando i costi di fruizione per il paziente e massimizzando il coordinamento clinico, sia dal punto di vista dello scambio di informazione mediche, ma anche di coordinamento delle tipologie di cure da attivare e dei tempi di esecuzione. Le piastre sono invece depositarie del governo dei fattori produttivi e del relativo personale di supporto: posti letto, sale operatorie, piattaforme ambulatoriali o di *day service*, tecnologie, ecc. Esse hanno il mandato di ottimizzare l'uso dei fattori produttivi, cercando di massimizzarne la saturazione e la condivisione tra unità operative. Invece di disporre di 20 sale operatorie o 10 ecografi usati al 40% della loro potenzialità, si cerca di disporre della metà, utilizzandole però all'80% della loro capacità produttiva. Grazie ai risparmi ottenuti, le *facilities* possono essere tecnologicamente più dotate e aggiornate.

L'innovazione dei *center* è stata generata dal confronto con i concorrenti e osservando come alcune strutture monotematiche fossero in grado di garantire una eccellenza nel presidio di alcune patologie: questo ha spinto HRH a focalizzarsi, mantenendo il vantaggio di operare all'interno di un policlinico, che garantisce un approccio multidisciplinare in qualunque ambito in termini di ricerca, diagnosi e cura. La crisi economico-finanziaria, che ha contratto anche le risorse della sanità, è stata pertanto una determinante per sviluppare logiche organizzative capaci di sostenere l'ottimizzazione dei processi produttivi da tutti i punti di vista: l'allineamento delle competenze cliniche alle migliori evidenze scientifiche garantite dai dipartimenti e dalle unità operative specialistiche, l'organizzazione delle interdipendenze tra unità specialistiche con l'organizzazione di percorsi trasversali garantiti dei Center, l'ottimizzazione nell'uso dei fattori produttivi fissi attraverso l'*operation management* che governa le piastre.

6.6 Punti di attenzione per lo sviluppo del modello organizzativo

Le scelte strategiche di aumentare la quota di produzione *out of pocket* fino al 30% del totale della produzione, di puntare sull'università per far crescere il livello di specializzazione e promuovere il *brand* sul mercato internazionale della ricerca, di promuovere l'internazionalizzazione anche in campo

assistenziale hanno fatto emergere nel management la necessità di riflettere sul modello organizzativo in essere, basato sull'area clinica (responsabile del *knowledge management*), sull'area delle *operations* (responsabile del management dei fattori produttivi, attraverso le piastre) e sui *centers* (incaricati di gestire le interdipendenze e di ottimizzare i processi clinici). Questo modello ha spostato la geografia dei poteri rispetto al modello tradizionale delle aziende sanitarie, assegnando più poteri alla direzione aziendale e operativa, collocando il direttore sanitario e il suo staff in un ruolo molto tecnico-consulenziale di definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici e di controllo delle procedure di rischio clinico e igienico-sanitario. La gestione operativa in HRH è stata affidata ad una direzione *operations* che riporta direttamente alla direzione generale.

Allo stato attuale, le tre dimensioni di governo sopra discusse (area clinica, piastre e *center*) sono sostenute da tensori organizzativi specifici e diversi:

- l'area clinica è chiamata, in sede di budget, a rispondere della qualità e dell'innovazione in ambito sanitario, dell'eccellenza nella ricerca e della produzione scientifica. Al proposito si usano indicatori di produttività sanitaria (numerosità e complessità dei pazienti, tempi di degenza, uso di fattori produttivi), di qualità clinica (esiti clinici), di qualità percepita dai pazienti, di numerosità e rilevanza delle pubblicazioni scientifiche;
- l'area delle *operations* e delle piastre viene formalmente responsabilizzata sull'efficienza nell'utilizzo delle risorse con un proprio sistema di obiettivi e di reportistica ad hoc;
- i *center*, essendo dei ruoli organizzativi recenti, non sono ancora sostenuti da tensori operativi forti. Allo stato attuale sono limitatamente coinvolti nei processi di budget, essendo tale strumento maggiormente adatto a programmare e controllare la produttività delle singole unità operative e non il coordinamento delle loro interdipendenze. Per questo si sta cercando di disegnare e attivare un *pool* di indicatori sulla base dei quali responsabilizzare i *center* sull'efficacia del coordinamento garantito dal percorso assistenziale complessivo e sugli *outcome clinici generali* ottenuti.

L'area clinica e quella delle *operations* sono quindi dotati di solidi e rodati strumenti di governo delle attività e dei risultati aziendali, mentre i *Centers* devono ancora compitamente sviluppare i propri sistemi operativi di programmazione e controllo delle performance. Tuttavia la direzione aziendale

è consapevole che non è solo un problema di strumenti. Come asserisce Luciano Ravera, «il budget può essere un primo stimolo a far funzionare i center. Ma non si può sopravvalutare il ruolo del budget, che ha altre finalità prevalenti. Si tratta di allineare interessi che sono la somma di comportamenti e finalità profondamente differenti. L'allineamento non può avvenire tutto nella riunione di budget, ma è un atteggiamento costante da praticare quotidianamente. Questo è quello che si sta cercando di fare con e per i *center*».

A corredo di queste riflessioni, non solo l'AD di HRH Ravera, ma anche gli altri manager a livello di holding si chiedono se sia necessario adottare un modello più articolato e complesso in merito ai processi di selezione del personale sanitario.

Dal 1996 al 2003 il gruppo è cresciuto cercando prevalentemente professionisti *outstanding* dall'esterno. A questo proposito esiste una politica e un insieme specifico di azioni attente a monitorare il mercato dei professionisti medici, godendo anche del vantaggio della centralità dell'area metropolitana milanese rispetto alle alte specializzazioni nel complesso del SSN. Già qualche anno prima che un collaboratore in una posizione apicale di HRH stia per ritirarsi o per lasciare l'azienda, oppure quando si intende aprire o sviluppare una nuova branca, Humanitas si muove per monitorare il mercato dei potenziali sostituti. Nella fase iniziale di sviluppo di Humanitas questo richiedeva molto lavoro da parte del management, che doveva presentare e rendere attraente il progetto imprenditoriale di HRH agli occhi dei professionisti da reclutare; da quattro-cinque anni, il prestigio raggiunto permette di ricevere spontaneamente dall'esterno proposte professionali interessanti o di promuoverle con relativa facilità. In un settore così *brain intensive* e specialistico come la sanità, la ricerca e il reclutamento dei professionisti più capaci e più coerenti per stile di leadership con il modello HRH costituisce una attività strategica per rafforzare e mantenere il vantaggio competitivo dell'azienda.

Dal 2004, con il progressivo consolidarsi dell'ospedale e lo sviluppo di una sua autonoma e forte cultura organizzativa interna, si sono diversificati i canali di reclutamento dei clinici apicali e dei professionisti specializzati, attivando anche significativi processi di sviluppo interno. Osservando la situazione del 2014, poco più della metà dei primari di Humanitas ha beneficiato di un percorso di crescita interno.

Il nuovo *step* di crescita, innovazione e diversificazione dell'ospedale, con l'attivazione dell'Università, ha di nuovo modificato il pendolo delle priorità rispetto ai canali di reclutamento. La necessità di ricercare e reclutare clinici di matrice universitaria richiede di ampliare le competenze acquisite nei processi di selezione e reclutamento di professionisti esterni di grande

prestigio. «Gli universitari hanno capacità di visione più ampia, una capacità di adattamento più veloce ed è più facile ritrovare una totale condivisione del modello» (Direttore Relazioni Istituzionali per il Gruppo). Humanitas è ancora giovane per avere una matrice di scuola, soprattutto per la componente universitaria. «Nella scelta delle risorse strategiche, nel medio e lungo periodo vengono privilegiati profili che hanno fatto esperienze fuori dal gruppo, completando il loro portafoglio di conoscenze e competenze, magari essendo nati inizialmente dentro Humanitas» (Direttore Relazioni Istituzionali per il Gruppo). Nel complesso i primari, universitari e non, vengono scelti a partire dalla definizione del profilo ideale e raccogliendo le candidature, per ciascuna delle quali si cerca di avere più informazioni possibili, quantitative e qualitative, anche attraverso molteplici colloqui con il top e middle management aziendale. In conclusione, il *board* aziendale analizza e discute tutte le informazioni reperite per giungere ad una decisione condivisa. Con la crescita dimensionale, con la diversificazione delle linee di business e delle sedi operative è sorta la preoccupazione che i nuovi entrati faticassero a immedesimarsi nello spirito fondativo, che è uno dei punti di forza di HRH. In questo caso l'espansione e la diversificazione rischierebbero di indebolire l'anima che tiene unita l'azienda.

Allo stato attuale, il management ritiene che l'acquisizione dall'esterno dei clinici apicali sia vincente nel supportare la linea strategica di internazionalizzazione in campo scientifico e assistenziale, ma non quelle di crescita del segmento ambulatoriale *out-of-pocket* o di sviluppo di logiche di integrazione per Centers, per le quali si richiede il coinvolgimento di giovani clinici, preferibilmente formati in HRH, con un orientamento più assistenziale e meno alla ricerca. In altri termini, diventando la funzione-obiettivo e la funzione di produzione di HRH sempre più ricche e articolate, si ricercano competenze e orientamenti professionali via via più specifici e differenziati (ricerca di base, ricerca applicata, didattica, clinica specialistica, clinica di base, gestori di percorsi clinici, ecc.). «Dobbiamo cercare professionisti che detengono un giusto mix di tutte queste competenze o dobbiamo ricercare professionalità diverse e distinte, la cui combinazione organizzativa garantisce il risultato complesso ricercato?», si domanda Melodia.

6.7 Sviluppo aziendale e sistemi di reclutamento del personale

«Molti dei nostri manager – osserva Gianfelice Rocca – sono sempre stati in Humanitas, fin dagli albori. Mi chiedo se le loro competenze possano essere sufficienti anche in questa stagione così diversa, che richiede nuove traiettorie evolutive e nuovi *skill* imprenditoriali». «Le stesse persone – osserva Ivan Colombo – hanno fatto grandi e diversi cambiamenti strategici in tutte le fasi

che Humanitas Rozzano e l'intero Gruppo sanità hanno attraversato. Il senso di appartenenza e una spiccata cultura dell'innovazione e della crescita sono stati in grado di sopperire alla conoscenza di contesti aziendali diversi dal nostro. I membri organici del nostro gruppo sanno produrre innovazione anche se sono sempre stati in HRH».

La cultura aziendale di HRH si fonda su un modello inclusivo che genera fedeltà nel top e middle management, con significative traiettorie di crescita di competenze e di ruoli in azienda o nel gruppo, resi possibili dalla costante e regolare crescita dimensionale e di complessità del sistema Humanitas. Questo ha determinato, ad oggi, carriere manageriali prevalentemente all'interno e scarsi processi di uscita del top o middle management, stante anche la limitata capacità di attrazione delle altre realtà sanitarie.

Il basso tasso di turnover, comunque, segnala senso di appartenenza e limita la propensione a inserire persone dall'esterno in posizioni apicali. In effetti, a quest'ultimo riguardo, HRH si è posizionato nitidamente a favore dello sviluppo e manutenzione di competenze interne, le quali hanno dimostrato, ad oggi, robuste capacità di crescita senza neppure appoggiarsi significativamente a consulenti esterni, bensì imparando dalla propria esperienza, da altri settori del gruppo industriale di appartenenza e dalle *good practice* di aziende sanitarie straniere oggetto di visite mirate.

Questo quadro riguardante il top e il middle management vale solo in parte per il mondo, più numeroso e variegato, dei medici. In primis, questa affermazione rispecchia l'anima di un'azienda che è nata come impresa «che voleva importare logiche e strumenti tipicamente manageriali nel settore sanitario» (Maurizio Mauri, Presidente della Fondazione Humanitas e primo direttore medico-sanitario di HRH) e non come impresa di clinici o di altri stakeholder che volevano conferire un loro imprinting organizzativo. Ciò detto, esiste una quota rilevante di medici che ha abbracciato con consapevolezza e convinzione il modello Humanitas o perché sono stati presenti sin dall'inizio, o perché, seppur coinvolti successivamente, ne hanno appreso e apprezzato le fondamenta culturali. Questo orgoglioso senso di appartenenza è cementato anche dal fatto che in Humanitas l'intensità lavorativa è alta, ma come ha dichiarato un primario intervistato: «questa intensità prosegue con un interessante volume di attività libero professionale di alto livello e questo più che compensa lo stress lavorativo sul piano della gratificazione sia professionale che economica».

Esiste però anche un gruppo di professionisti che ha una relazione più strumentale e critica con l'azienda: spesso si tratta di medici più giovani, che non hanno abbracciato fino in fondo il modello culturale proposto.

Inoltre, il progressivo consolidamento dell'Università interna sta proponendo una seconda frattura culturale tra i professionisti che si sentono più parte dell'azienda madre e quelli che si identificano maggiormente con l'Università. L'azienda sta riflettendo a fondo su questo nuovo e diverso cluster professionale che è destinato a crescere sia per numero, sia per autorevolezza. Da un lato HRH è tentato di replicare il modello aziendale anche nella propria università, proponendo una forte impronta gestionale unitaria e subordinazione alla *mission* aziendale. Dall'altro, vi è consapevolezza che una struttura universitaria si colloca in una diversa arena competitiva (la quale per Humanitas vuole essere internazionale), ha una missione specifica di ricerca e didattica, presenta una *governance* autonoma ed è caratterizzata da professionisti molto specializzati, che hanno come riferimento più il network professionale e scientifico della loro disciplina che l'azienda alla quale appartengono. Questo determina la potenziale nascita di un nuovo cluster culturale e organizzativo all'interno di HRH, nell'ambito della *governance* distinta e separata dell'università, che è retta da propri organi di autogoverno, i cui membri sono accademici.

Per le professioni sanitarie³ (infermieri, soprattutto) il discorso è diverso. Esse devono garantire, nel confronto con altre strutture, soprattutto pubbliche, una maggiore produttività e intensità lavorativa. Inoltre, la maggiore afferenza alle piastre operative indebolisce il senso di appartenenza a piccoli team mono-professionali afferenti alla singola unità operativa tipico degli ospedali tradizionali, dove si gode di una vera o presunta protezione del primario, soprattutto se autorevole o di prestigio. E' anche più difficile compensare la maggiore produttività richiesta agli infermieri con significative attività libero professionali. Si sta cercando di aumentare il senso di appartenenza e la fidelizzazione degli infermieri coinvolgendoli maggiormente nelle scelte del dipartimento e dell'unità operativa o nello sviluppo delle nuove piattaforme. Nel modello organizzativo di HRH appare più efficace costruire una cultura aziendale condivisa anche per le professioni sanitarie a livello di dipartimento, mentre risulta più difficile fare ciò a livello di singolo reparto. Nel complesso, il management di HRH è consapevole che questa rimane ancora un'area di lavoro e di approfondimento, che richiede probabilmente delle politiche di retribuzione più generose anche definendo con maggiore attrattività contenuti e profili di ruolo innovativi.

³ Le professioni sanitarie nell'ordinamento italiano sono tutte quelle professioni i cui operatori, in forza di un titolo abilitante rilasciato/riconosciuto dalla Repubblica italiana, lavorano in campo sanitario. Le principali categorie di professioni sanitarie che operano in HRH sono: infermieri, ostetrici, tecnici di radiologia e di laboratorio e tecnici ortopedici.

In occasione di una delle tradizionali riunioni di capogruppo, il management di HRH e quello della holding si confrontano proprio sui temi della gestione del cambiamento.

Gianfelice Rocca: «Siamo sicuri di disporre di un modello organizzativo adatto a trasferire le nuove e profondamente modificate strategie (apertura agli utenti privati, università, ricerca di pazienti internazionali, ecc.) ai nostri professionisti?». Colombo (AD Gruppo Humanitas): «Per ogni decisione strategica da operationalizzare esiste un gruppo di lavoro che comprende il top e middle management aziendale e i professionisti più rappresentativi e rilevanti per il tema. In questo modo la relazione è diretta tra amministratore delegato di HRH e vertici professionali senza mediazioni». Gianfelice Rocca: «Ma con quale frequenza si incontrano questi gruppi di lavoro tematici?». Luciano Ravera: «La tempistica si modifica in funzione della fase del processo di cambiamento strategico. In fase di disegno gli incontri sono frequenti, lunghi e approfonditi, basandosi sull'analisi strutturata dei dati disponibili. In fase di attuazione delle innovazioni la vicinanza tra direzione e professionisti è intensa. Quando l'innovazione è consolidata, il gruppo tematico può stabilizzarsi e diventare una routine organizzativa; oppure si scioglie e subentrano gli strumenti ordinari di controllo». Gianfelice Rocca: «Ma chi propone le principali innovazioni strategiche: la direzione generale, frutto della discussione con la holding, o i singoli professionisti?». Ravera: «In Humanitas c'è spazio sia per i cambiamenti strategici proposti dalla direzione, che di norma vengono accolti favorevolmente dai professionisti, grazie al processo di confronto e partecipazione, sia per l'imprenditorialità diffusa proposta dai singoli clinici per innovazioni rilevanti per le singole linee. La disponibilità aziendale al cambiamento è sempre elevata, a prescindere da dove arrivino le idee di cambiamento. A titolo d'esempio, adesso il management ha proposto la rimodulazione delle guardie interne, mentre i professionisti hanno promosso l'introduzione delle nuove apparecchiature che hanno reso il reparto dialisi HRH uno dei più innovativi e all'avanguardia in Italia». Gianfelice Rocca: «Qual è una delle aree dove vede maggiore spazio di innovazione strategica?». Melodia: «Da tempo ci siamo ripromessi di stressare di più la ricerca di sinergie con le altre strutture Humanitas lombarde, ma questo spazio di coordinamento è solo parzialmente esplorato, con una maggiore enfasi tra Castellanza e Rozzano e meno incisività con Bergamo. Da un certo punto di vista la ricerca di sinergie è difficile perché i bacini di utenza sono oggettivamente diversi. Abbiamo già omogeneizzato i modelli organizzativi e centralizzato le principali funzioni amministrative, come gli acquisti o le procedure 231. Forse varrebbe la pena spingere di più sul "pendulum model" per i professionisti, ovvero far ruotare i professionisti che possono fare la differenza nella cure, tra le

strutture». Gianfelice Rocca: «Quale spazio di sviluppo strategico vede per il futuro?». Luciano Ravera: «La crisi finanziaria della sanità pubblica ha messo molte strutture private accreditate, anche di prestigio e riconosciuto valore clinico, in ginocchio. Se i rigidi vincoli finanziari dovessero persistere, qualcuna rischia di fallire, disperdendo un rilevante capitale professionale e istituzionale per le comunità di appartenenza. Credo che il salvataggio da parte di Humanitas di strutture milanesi o lombarde qualificate ma in difficoltà finanziarie ed economiche sarebbe un atto dovuto». A questo proposito il gruppo Techint ha una strategia di autofinanziamento, per singole divisioni industriali, nel nostro caso all'interno della holding Humanitas sanità. E' quindi necessario mantenere buone marginalità nel settore sanitario per cogliere opportunità di acquisizioni, che siano però in grado di garantire marginalità positive in tempi ragionevoli.

6.8 Conclusioni

Il caso Humanitas Research Hospital (HRH) mostra come l'azienda abbia scelto di operare in molti campi con un forte orientamento filantropico all'innovazione e alla qualità, riuscendo però sempre a garantire un equilibrio economico complessivo, funzionale allo sviluppo stesso dell'azienda. Tale impostazione ha imposto e impone un costante sforzo di selezione delle priorità allocative, che costituisce una delle principali criticità strategiche per il management sanitario privato operante in sistemi sanitari finanziati dal settore pubblico.

L'assetto organizzativo adottato è stato decisivo nel realizzare con efficacia la strategia deliberata. Esso cerca di contemperare, attraverso distinti tensori organizzativi specifici, la multidimensionalità dei finalismi tipici di una azienda sanitaria, che deve perseguire contemporaneamente standardizzazione e personalizzazione delle cure, innovazione e routine procedurali (che garantiscano la sicurezza), marginalità positive per gli investimenti e allocazioni filantropiche per le cure più innovative, specializzazione dei processi di cura e integrazione dei percorsi dei pazienti. La complessità di questi fabbisogni da governare determina la complessità dell'assetto organizzativo da attivare, che deve evolversi insieme all'arricchimento della missione e del portafoglio aziendale.

Nella sua storia imprenditoriale, HRH ha costruito e accumulato molte competenze e molto capitale umano, reclutandolo all'occorrenza dall'esterno. L'integrazione tra storie professionali diverse, interne ed esterne, sia a livello apicale, sia intermedio, costituisce una sfida importante per questo tipo di aziende, che si incrocia con il dinamismo degli assetti organizzativi e con le costanti evoluzioni dei contesti ambientali di riferimento, come il complesso ridisegno del modello istituzionale del SSR lombardo in atto.