

**Cambiamento e innovazione nell'organizzazione sanitaria:  
un approccio interdisciplinare alla *service innovation***

**Autori: Giulio Maggiore e Barbara Sena<sup>1</sup>**

## **1. Introduzione**

L'organizzazione sanitaria rappresenta per dimensioni, complessità e varietà uno dei contesti dove lo sviluppo di innovazioni appare più necessario e, al tempo stesso, più difficile da realizzare. Tecnologie sofisticate, professionalità evolute e iper-specializzate, servizi e prodotti estesi e diversificati a seconda del contesto territoriale e di cura si combinano in una serie di processi dove il rigoroso rispetto delle procedure si deve sposare continuamente con la gestione di emergenze e di imprevisti. Se si vogliono innovare i servizi, come oggi appare sempre più urgente, occorre, quindi, mettere mano ad una macchina complessa, gestendo dinamicamente fattori di varia natura (tecnica, politica, culturale, normativa, manageriale, sociale, psicologica, ecc.) che interagiscono reciprocamente in un gioco di interdipendenze difficilmente prevedibile.

Il problema è ben presente agli addetti lavori, ma ha trovato fino ad oggi relativamente poco spazio negli studi organizzativi. Sia la letteratura manageriale che socio-economica, infatti, hanno concentrato i propri studi sull'innovazione soprattutto nel comparto dei beni manifatturieri, trascurando il settore dei servizi, dove il tema appare più sfuggente, a causa della mancanza di un oggetto fisico che renda facilmente visibili i cambiamenti intervenuti nel prodotto. Solo a partire dagli anni '90, la progressiva terziarizzazione dell'economia e l'elevato impatto generato da alcune innovazioni intervenute nell'offerta di servizi (si pensi all'avvento dei voli *low cost*) hanno indotto alcuni studiosi a dedicare un'attenzione specifica a questo settore (ad es. Gallouj e Savona, 2009; Gallouj e Djellal, 2010).

Anche nella letteratura di impronta più sociologica il tema dell'innovazione organizzativa nei servizi è stato affrontato in modo frammentato e poco sistematico. Nel settore sanitario, in particolare, l'attenzione è stata rivolta soprattutto alle innovazioni tecnologiche e in particolare

---

<sup>1</sup> Giulio Maggiore insegna Economia e gestione delle imprese presso l'Università degli studi di Roma "Unitelma Sapienza". Email: [giulio.maggiore@unitelma.it](mailto:giulio.maggiore@unitelma.it). Barbara insegna Sociologia dei processi economici e del lavoro presso l'Università degli Studi di Roma "Unitelma Sapienza". Email: [barbara.sena@unitelma.it](mailto:barbara.sena@unitelma.it).

all'*e-health*, concetto nel quale vengono inclusi tutti i servizi che si avvalgono delle ICT in campo sanitario, da quelle più tradizionali, come la telemedicina, a quelle più gestionali, come la cartella clinica elettronica, a quelle più amministrative, come la fornitura e l'acquisto di beni e servizi. Gli studi si sono concentrati in particolar modo sugli effetti di tali innovazioni sul lavoro, il paziente e l'efficienza sanitaria (ad es. Gherardi e Strati, 2004; Mort et al., 2009; Bruni e Parolin, 2009; Bellio et al., 2009). Tuttavia, vi è stata minore attenzione all'analisi di come avvengono i processi di innovazione organizzativa e alla costruzione di modelli teorici di carattere più ampio in grado di applicarsi ai vari setting sanitari.

Partendo da questa premessa, il paper intende fornire il proprio contributo nell'ambito degli studi sulle organizzazioni di servizi e specificatamente sull'organizzazione sanitaria, attraverso un'analisi critica della letteratura teorica sull'innovazione organizzativa, sia di carattere sociologico che manageriale. Il paper mira a presentare un framework teorico interdisciplinare in grado di studiare, attingendo alle stesse categorie concettuali, non solo le innovazioni di carattere tecnologico, ma tutti i processi innovativi che influiscono sull'organizzazione sanitaria. Il risultato finale di un processo innovativo, infatti, può riguardare forme diverse: può essere un nuovo servizio, una nuova formula organizzativa e manageriale o anche una nuova politica (Hartley, 2005).

Il paper si focalizzerà innanzitutto sui contributi provenienti dalla letteratura manageriale e dalla *public administration*, dove viene particolarmente enfatizzata la natura relazionale e collaborativa dei processi di innovazione nell'organizzazione dei servizi, in cui sono coinvolti fornitori, policy maker e utenti. In tale approccio, l'offerta di un servizio viene a configurarsi come la mobilitazione di un insieme di tecniche e di competenze interne (del fornitore) che, combinate con le tecniche e competenze esterne (del cliente e del policy maker), porta alla produzione di una serie di benefici direttamente percepiti dal cliente in termini di valore d'uso (caratteristiche finali o caratteristiche di servizio). L'approccio relazionale allo studio delle innovazioni organizzative verrà arricchito anche da alcune prospettive teoriche provenienti dall'ambito più specificatamente sociologico che si sono occupate di studiare l'impatto dell'*e-health* sul lavoro sanitario, approfondendo, in particolar modo, il contributo dell'analisi socio-tecnica all'organizzazione sanitaria. Tali contributi serviranno a integrare il modello proveniente dall'approccio manageriale, più attento al tema delle preferenze e delle competenze dei vari attori coinvolti in un'ottica di costi e benefici economici, con gli aspetti di carattere più culturale e sociale che influenzano, in positivo o in negativo, le caratteristiche del sistema sanitario e il comportamento degli attori coinvolti nei processi innovativi.

L'obiettivo di questa proposta è quello di superare le rigidità dei confini organizzativi nello studio dell'innovazione, spesso relegati ad approcci mono-disciplinari, scarsamente comunicanti tra di loro, e di proporre un modello di analisi interdisciplinare, in cui l'innovazione organizzativa in sanità viene analizzata considerando il ruolo svolto da tutti gli attori del network (politici, amministratori, manager pubblici, professionisti medico-sanitari, partner privati, utenti) nelle diverse fasi del processo, per favorire la generazione di idee, la loro implementazione e la diffusione di nuove pratiche emergenti in modo non conflittuale e fundamentalmente condiviso (Hartley, 2005; Vigoda, 2002; Maggiore e Morvillo, 2015).

## **2. La “scoperta” dell'innovazione nei servizi**

Nell'immaginario collettivo il tema dell'innovazione viene generalmente associato all'impiego di tecnologie avanzate per la realizzazione di prodotti che danno forma fisica e tangibile a nuove funzioni d'uso. Più raramente l'attenzione viene a posarsi sul comparto dei servizi, che nella sua immaterialità sembra sfuggire al focus dei media e che tende ad essere dato quasi per scontato, nonostante negli ultimi anni sia stato soggetto ad una costante evoluzione e in alcuni casi abbia generato dei cambiamenti talmente radicali da rivoluzionare le nostre abitudini di consumo e i nostri stili di vita. Abbiamo rapidamente imparato a prendere un aereo che per poche decine di euro ci trasporta a Parigi per un week-end speciale o a gestire le nostre transazioni finanziarie in piena notte dal PC di casa o ad attendere con impazienza gli articoli esotici acquistati su Amazon il giorno prima, senza quasi renderci conto dello straordinario lavoro di creatività, imprenditorialità e organizzazione che si nasconde dietro queste soluzioni che mettono a sistema processi di grande complessità per semplificare la nostra vita.

Questa disattenzione all'innovazione dei servizi trova riscontro anche nella letteratura scientifica che ha tradizionalmente privilegiato nella sua ricerca la realtà dei settori manifatturieri e soprattutto di quelli *high tech*, proponendo un costante approfondimento delle logiche e dei modelli che governano il processo di sviluppo di nuovi prodotti, mentre il comparto del terziario è rimasto sempre ai margini. Anche quando la progressione irresistibile del fenomeno della terziarizzazione e l'impatto dirompente delle recenti innovazioni ha reso impossibile proseguire in questa indifferenza, lo sviluppo di un filone autonomo di studio dedicato al tema della *service innovation* – che ha preso piede nell'ultimo ventennio – è avvenuto secondo logiche di costante confronto e

contrapposizione rispetto al *mainstream* (Miles, 2000; Gallouj e Djellal, 2010). Questo rapporto di natura “ancillare” rispetto alla letteratura tradizionale, focalizzata sui processi di innovazione tipici del comparto manifatturiero, emerge con evidenza dalle più significative review dedicate al nuovo campo di indagine (Gallouj e Savona, 2010). Generalmente, infatti, si tende a classificare i contributi in relazione alla loro tendenza ad adottare le stesse categorie concettuali in una prospettiva di sostanziale subordinazione (*assimilation*), allo sforzo di sviluppare nuovi approcci che affermino l’autonomia logica e scientifica dei nuovi ambiti di ricerca (*demarcation*) o all’impegno per la creazione di un nuovo quadro teorico comune, capace di integrare lo studio dell’innovazione di prodotti fisici e di servizi intangibili (*integration*).

In questo dibattito – nonostante lo Stato rappresenti in quasi tutti i paesi occidentali il principale “service provider” – il ruolo del settore pubblico è rimasto nell’ombra, come se l’innovazione non potesse e non dovesse interessare un comparto percepito dai più come conservatore, poco propenso al rischio, strutturalmente contrario al cambiamento, a causa di alcune limitazioni endemiche (mancanza di incentivi di mercato, scarsità di risorse, prevalenza di una cultura burocratica, invadenza della politica, ecc.) che frustrano qualsiasi opzione innovativa. In realtà, nonostante l’effettiva incidenza di queste difficoltà, lo Stato ha dimostrato, soprattutto in alcuni paesi, di saper svolgere un ruolo prezioso come “motore” di processi innovativi, orientando la ricerca di base verso direzioni virtuose e sostenendo lo sviluppo di ecosistemi per l’innovazione (Mazzucato, 2014), ma è stato anche in grado di diventare “attore” diretto di tali processi nell’ambito di quei contesti in cui è coinvolto nell’erogazione diretta di servizi, soprattutto nei settori ad elevata intensità di conoscenza, come la Sanità (Djellal et al., 2013). Questo impegno per l’innovazione – divenuto cogente in periodi di discontinuità storica come l’attuale, dove l’enfasi sul *New Public Management* e sulla *spending review* rende il cambiamento non più rinviabile (Bloch e Blugge, 2013) – pone una nuova sfida anche alla comunità degli studiosi, che deve elaborare nuovi strumenti di analisi e nuove chiavi di lettura, in grado di cogliere le specificità del settore pubblico, dove entrano in gioco logiche di natura politica e i processi evolvono secondo dinamiche che si allontanano sempre di più dalla semplice razionalità economica.

Il problema teorico posto dall’esigenza di rivedere il processo di innovazione alla luce delle specificità dei servizi e delle logiche peculiari del settore pubblico può essere affrontato, come si è visto, in vari modi: provando ad estendere gli approcci tradizionali utilizzati per il comparto manifatturiero o sviluppando prospettive del tutto nuove chiaramente distinte dalle prime o, ancora,

allargando il quadro concettuale, fino ad elaborare modelli concettuali onnicomprensivi di “sintesi” che integrano al loro interno sia il contesto dei beni fisici che quello dei servizi.

Il tentativo più interessante compiuto in quest’ultima direzione è probabilmente quello proposto dagli studiosi che si riconoscono nel filone del “*characteristics-based approach*”, che legge l’innovazione come un processo finalizzato a far evolvere un sistema di “caratteristiche” distintive di un prodotto (tangibile o intangibile che sia), condizionandone le fasi di produzione, distribuzione o fruizione (Gallouj e Weinstein, 1997; de Vries, 2006; Gallouj e Toivonen, 2011).

Come alcuni autori avevano evidenziato già da molti anni (Lancaster, 1966; Saviotti e Metcalfe, 1984), il valore di un prodotto o di un servizio non dipende dalle sue caratteristiche tecniche ma dai benefici che è in grado di produrre per il cliente. Non è, quindi, rilevante che quel beneficio sia generato da un bene fisico di sua proprietà utilizzato per i propri fini, piuttosto che da un soggetto terzo che fornisce un servizio: in entrambi i casi egli è disposto a pagare a fronte di un’utilità che riconosce come rilevante in relazione ai propri bisogni. In tal senso, il bene fisico ha un valore solo nella misura in cui è in grado di “servire” il cliente ed è, pertanto, un mezzo per erogare indirettamente un servizio. Questa impostazione è alla base di alcune delle teorie più originali espresse nell’ambito degli studi sul management e sul marketing, come quelle della *customer experience* (Pine e Gilmore, 1999) o della *service-dominant logic* (Vargo e Lusch, 2006), che proprio spostando l’attenzione dal “mezzo” (ciò che viene offerto al cliente) al “fine” (la ragione per cui il cliente lo acquista) hanno aperto scenari di studio molto fecondi e di grande impatto sulle prassi aziendali.

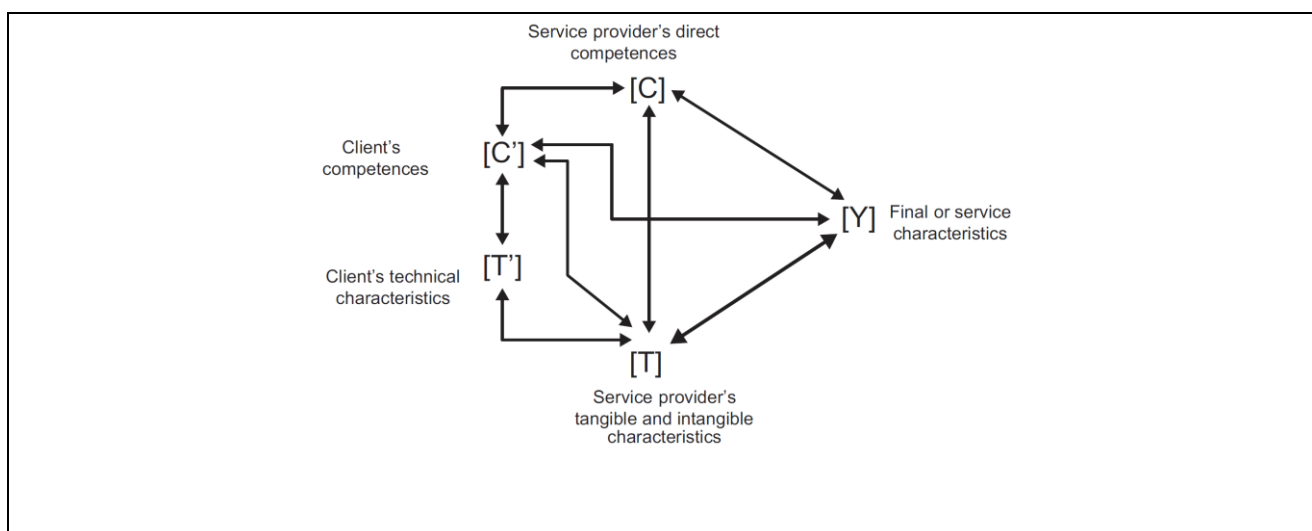
Lo stesso hanno fatto Gallouj e Weinstein (1997) con riferimento ai processi di innovazione, evidenziando come il “prodotto” (sia esso un bene fisico o un servizio) possa essere definito come la risultante dell’azione di tre vettori di caratteristiche:

1. *le caratteristiche tecniche*
  - interne, del fornitore (T)
  - esterne, del cliente (T')
2. *le caratteristiche finali (Y)*
3. *le competenze*
  - interne, del fornitore (C)
  - esterne, del cliente (C').

Quindi l'offerta di un servizio - ma lo stesso potrebbe dirsi per un bene fisico - viene a configurarsi come la mobilitazione di un insieme di tecniche e di competenze interne (del fornitore), che, combinate con le tecniche e competenze esterne (del cliente), porta alla produzione di una serie di benefici direttamente percepiti dal cliente in termini di valore d'uso (caratteristiche finali o caratteristiche di servizio).

Questo schema – riprodotto nella Figura 1 – può applicarsi a una qualsiasi tipologia di prodotto: vale per un'automobile, come per un'assicurazione. In tutti i casi, si avrà un fornitore che mette in campo un set di tecnologie e competenze per generare un “prodotto” (di natura tangibile o intangibile) che viene utilizzato da un cliente, il quale fa leva sulle proprie competenze e (a volte) sulle proprie tecnologie per trarne alcune utilità, che dipendono dalle caratteristiche finali (o di servizio) di quello stesso prodotto.

*Figura 1 – Il concetto di prodotto nel “characteristics-based approach”*



Partendo da questa nuova impostazione concettuale anche lo studio dell'innovazione viene ad essere radicalmente modificato. La stessa distinzione fra innovazione di prodotto e innovazione di processo, che costituisce da sempre uno dei punti di riferimento della letteratura specializzata, perde di senso, in quanto non esiste più un confine chiaro fra le due dimensioni: il “prodotto” è, infatti, il frutto dinamico di un processo in continuo divenire, mentre il “processo”, come combinazione di tecniche e competenze, rappresenta la struttura stessa del prodotto.

Così, più correttamente, si può classificare l'innovazione in funzione dell'impatto che il cambiamento produce sulle "caratteristiche" del sistema, individuando cinque categorie:

1. *innovazione radicale*, che si verifica con la creazione di combinazioni di caratteristiche del tutto nuove, che investono tutti i vettori di variabili del sistema;
2. *innovazione migliorativa*, che vede l'incremento delle prestazioni con riferimento ad alcune caratteristiche del sistema, senza una modifica della loro architettura;
3. *innovazione incrementale*, dove si vede l'aggiunta (o la sostituzione) di alcune caratteristiche;
4. *innovazione di ricombinazione*, basata sull'associazione o sulla dissociazione delle caratteristiche finali e tecniche di uno o più prodotti preesistenti;
5. *innovazione di formalizzazione*, basata sulla formalizzazione e standardizzazione delle caratteristiche del sistema.

Si tratta di un cambio di prospettiva che ha reso possibile un modo diverso di concepire i processi di innovazione e che ha aperto un filone molto ricco, dove finalmente anche i servizi hanno potuto trovare uno spazio adeguato e coerente con le loro specificità.

### **3. L'adattamento del modello alle specificità del settore pubblico**

Il modello, ferma restando la natura orientata alle "caratteristiche", ha subito una serie di evoluzioni e affinamenti, che hanno permesso di arricchirne la portata interpretativa. In particolare, ai fini di questo lavoro, è opportuno riportare la versione proposta da Windrum e García-Goñi (2008), che hanno introdotto alcune importanti modifiche per tener conto delle specificità del settore pubblico.

Prima di tutto, il network degli attori coinvolti nel processo è stato arricchito con l'aggiunta dei *policy maker*, che nell'ambito del settore pubblico svolgono un ruolo fondamentale nella promozione, nello sviluppo e nella diffusione dell'innovazione. Ignorare il ruolo di questo attore, "non protagonista", ma comunque in grado di condizionare in modo decisivo le scelte e i comportamenti degli altri due (fornitori e utenti), avrebbe, infatti, portato al fraintendimento delle dinamiche che governano l'evoluzione del sistema di produzione e di consumo dei servizi.

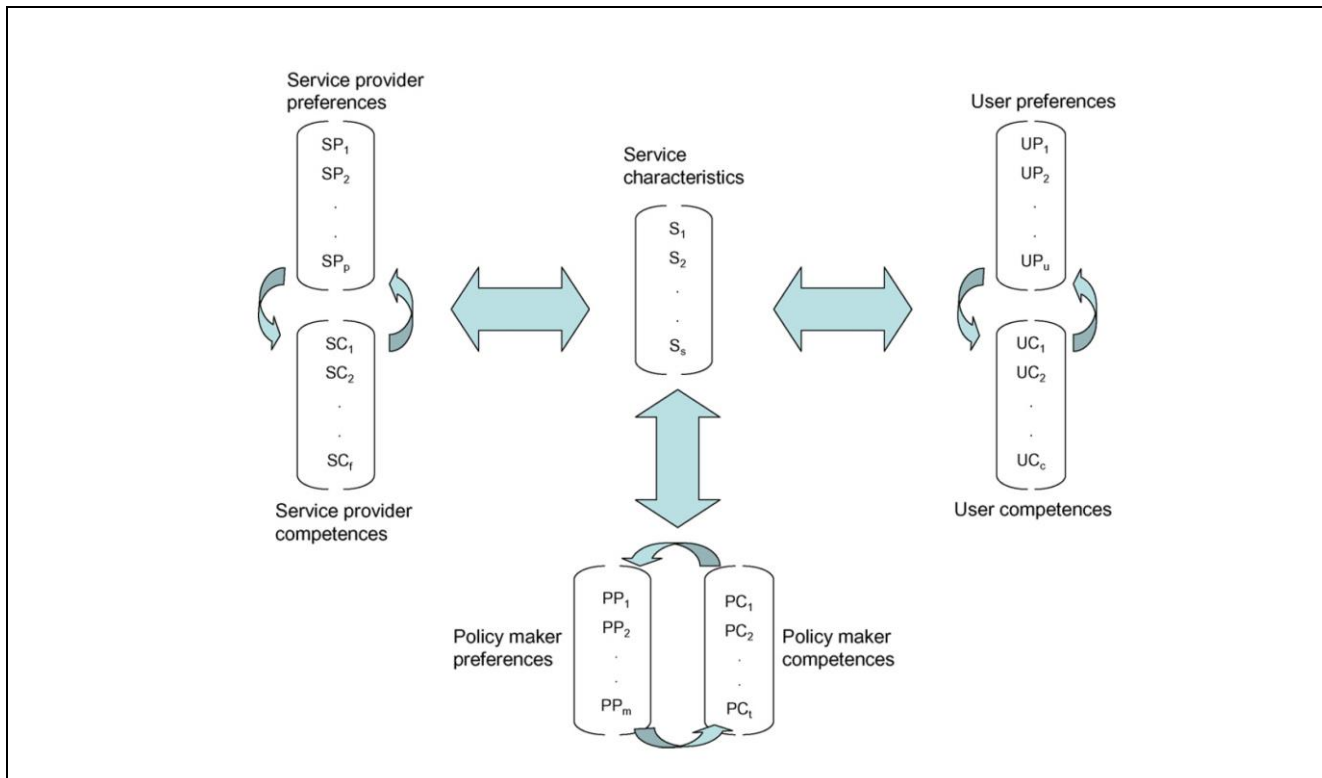
Poi, è stata operata una semplificazione, riportando la variabile della “tecnologia” all’interno di quella più generale della “competenza”. Infatti, si è ritenuto racchiudere in un’unica categoria concettuale l’insieme di capacità, conoscenze, strumenti e abilità che fornitori (*service provider*), clienti (*user*) e *policy maker* mettono in campo durante i processi di progettazione, produzione, erogazione e fruizione dei servizi. Tale scelta appare una naturale conseguenza della difficoltà di tracciare un confine netto fra le varie componenti: la tecnologia assume, infatti, un valore più o meno significativo in relazione alle *skills* di chi la utilizza ed è a sua volta in grado di potenziare le abilità di un soggetto svolgendo una funzione di moltiplicatore delle capacità individuali.

Infine, si è introdotta la variabile della “preferenza”, riconoscendo che il comportamento degli attori coinvolti nel sistema dipende non solo dalle competenze, ma anche da un complesso sistema di fattori psicologici e sociali che inducono a “preferire” l’adozione di una soluzione piuttosto che un’altra. Entrano qui in gioco interessi, pregiudizi, convinzioni, giochi di potere, barriere culturali, etiche e identitarie che portano molto lontano dalle presunte logiche di razionalità economiche che taluni vorrebbero essere le uniche a governare i percorsi di innovazione.

Il modello che emerge da questo intervento di revisione appare più ricco e più capace di cogliere la complessità che, soprattutto nei contesti pubblici, influenza le interazioni fra gli attori e orienta la direzione del cambiamento (Figura 2).

*Figura 2 – Il modello del “characteristics-based approach” adattato ai servizi pubblici*





In questo modo, se per un verso si perde qualcosa in termini di mera descrizione “oggettiva” del fenomeno dell’innovazione, dall’altro si compie un passo decisivo verso la comprensione delle dinamiche che orientano e guidano i processi sottostanti (Gallouj e Toivonen, 2011). Il modello perde la fredda geometria che caratterizzava la sua prima versione, perfetta per definire e rappresentare i “contenuti” del cambiamento in essere nei sistemi di erogazione e consumo dei servizi, ma acquista in termini di capacità interpretativa delle “logiche” che attivano, indirizzano e ostacolano quello stesso cambiamento. Finalmente, il focus dell’attenzione si concentra sulle dinamiche inter-soggettive e inter-organizzative che si sviluppano fra gli attori coinvolti nel sistema, nonché sulle forze che le alimentano (competenze e preferenze).

Questo passaggio concettuale rende, però, evidente l’esigenza di compiere un ulteriore salto, integrando questa prospettiva con altri filoni di ricerca che hanno approcciato il tema dell’innovazione nel settore pubblico in un’ottica più esplicitamente processuale. Non basta, infatti, individuare le variabili in gioco e le relazioni che le legano reciprocamente: occorre approfondire il modo in cui essere interagiscono e i fattori che condizionano l’evoluzione dei loro rapporti. Per arricchire il framework di analisi fin qui proposto, un contributo importante può venire dagli studi sulla “*collaborative innovation*” che appaiono strettamente complementari, in quanto pongono

al centro dell'attenzione proprio la gestione degli equilibri fra le “preferenze” e le “competenze” dei diversi attori. In questo filone di ricerca, infatti, la collaborazione viene definita come il processo attraverso cui due o più attori si impegnano in una gestione costruttiva delle differenze al fine di definire problemi comuni e sviluppare soluzioni congiunte basate su accordi provvisori che possono coesistere con condizioni di conflitto e dissenso (Sorensen e Torfing, 2013). Si parte, quindi, dalla esplicita consapevolezza dell'importanza e della difficoltà di promuovere una convergenza fra interessi e orientamenti diversi che generano una fisiologica conflittualità e che devono essere coordinati.

La base teorica di riferimento è fornita dalle recenti teorie sui *governance networks* e sulla *collaborative governance* (Ostrom et al. 1994; Ansell, Gash, 2007), che hanno evidenziato i limiti del paradigma del *New Public Management*, rilevando come l'enfasi posta sull'efficienza e il costante ricorso ai meccanismi tipici del mercato e del quasi-mercato non siano in grado da soli di determinare quel salto di qualità auspicato da una letteratura non sempre attenta ai fattori di complessità che caratterizzano il sistema dei servizi pubblici. Piuttosto che calare dall'alto modelli mutuati passivamente dal settore privato, si ritiene opportuno superare le debolezze del sistema burocratico attraverso un approccio dal basso finalizzato ad investire su forme di collaborazione e di coinvolgimento aperte a tutti gli attori sociali, piuttosto che ad esasperare la competizione fra strutture pubbliche (Kickert et al., 1997).

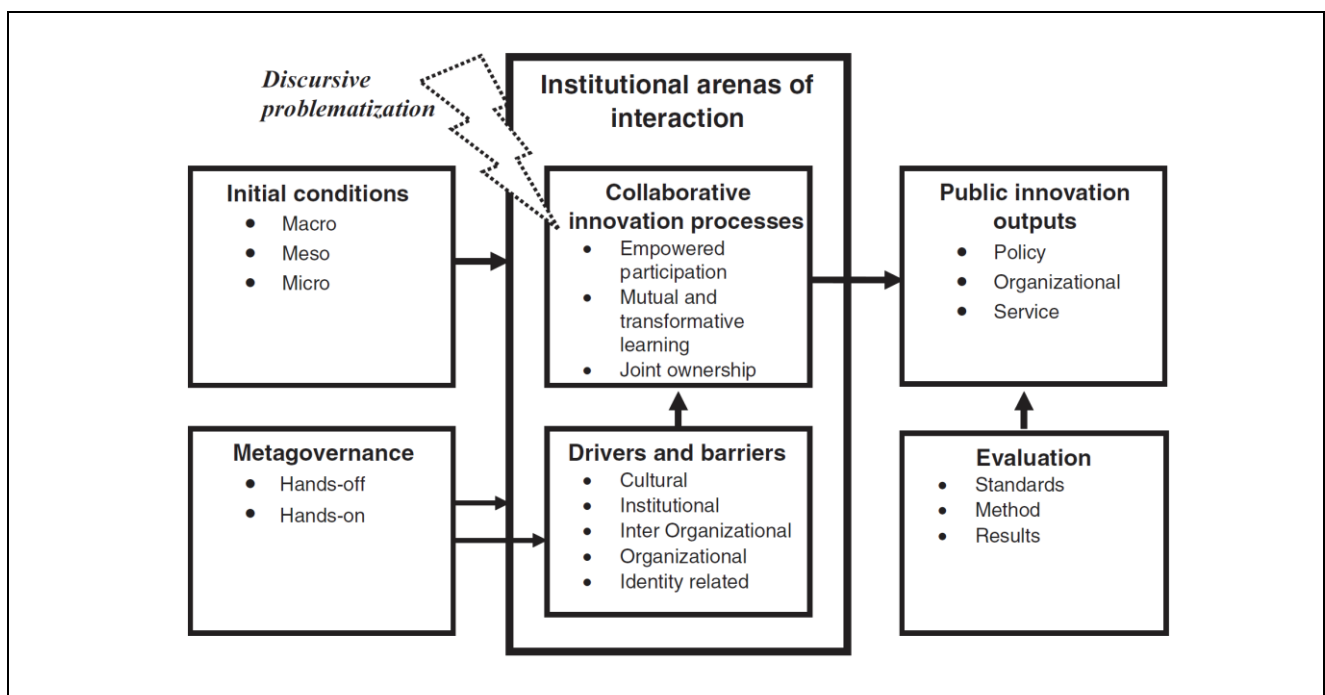
L'applicazione di questo approccio ai processi di innovazione consente di superare le rigidità dei confini organizzativi e riscoprire il ruolo che tutti gli attori del network – politici, amministratori, manager pubblici, impiegati, partner privati, utenti – possono svolgere nelle diverse fasi del processo per favorire la generazione delle idee, la loro implementazione e la diffusione delle nuove pratiche emergenti (Hartley, 2005; Vigoda, 2002).

Partendo una prospettiva di questo tipo, Sorensen e Torfing (2011) – i principali sostenitori della teoria della *collaborative innovation* - invitano a concentrare l'attenzione sulle dinamiche che prendono forma all'interno di quelle che definiscono le “arene istituzionali di interazione” dove si confrontano i vari attori del processo, condizionati nelle loro scelte da una serie di fattori che operano a livello “macro” (cultura nazionale), “meso” (regimi normativi e regolamenti) e “micro” (caratteristiche organizzative specifiche, equilibri nella distribuzione del potere, sistemi di incentivi, esperienze di collaborazione precedenti, ecc.). Di tali condizioni, i manager pubblici dovranno prendere atto per potersi assumere con piena consapevolezza la responsabilità di “meta-

governance” del sistema, al fine di attivare i driver che favoriscono il cambiamento e di rimuovere le barriere che lo ostacolano (Halverson et al. 2005).

Solo attraverso un percorso lungo e faticoso, che tiene conto delle dinamiche reali dei contesti organizzativi e inter-organizzativi che si sviluppano sul piano istituzionale e culturale, sarà, infatti, possibile produrre innovazioni significative in termini di nuove politiche, nuove soluzioni organizzative o nuovi servizi (Hartley, 2005), che potranno tradursi in un innalzamento del valore pubblico (Figura 3).

Figura 3 – Un modello di collaborative innovation



Fonte: Sorensen e Torfing (2011)

In questo percorso, è essenziale mettere tutti gli attori rilevanti nelle condizioni ideali per partecipare ai processi decisionali, mettendosi in gioco fino in fondo. Tutti – dai vertici politici fino ai cittadini – devono essere informati sugli obiettivi, sulle premesse e sul significato del processo in corso (Wenger, 1998), in modo da rendere possibile una piena comprensione del cambiamento in atto, ma anche una condivisione delle scelte principali, che deve essere sostanziale e non puramente di facciata (Skelcher e Torfing, 2010). Così, si può attivare una dinamica di “apprendimento trasformativo” (*transformational learning*) che consente di mettere in discussione lo *status quo*

attraverso nuove chiavi di lettura della realtà organizzativa che implicano un vero e proprio cambio di prospettiva (Mezirow, 2000; Baumgartner, 2001).

Occorre intervenire sui sistemi di regole, norme, routine, modelli cognitivi e discorsi che ordinano l'azione degli attori sociali e politici, cercando di provocare un cambiamento delle "strutture" dominanti che passa inevitabilmente attraverso un processo di negoziazione (March e Olsen, 1995). Proprio in questo consiste la fase più delicata della funzione di meta-governance, che deve saper trovare spazi di mediazione fra gli interessi contrapposti intercettando le reazioni negative e stimolando le dinamiche virtuose (Jessop, 2002; Kooiman, 2003), possibilmente in modo indiretto secondo modalità che non prevedono un intervento esplicito e formale (approccio *hands-off*), riservandosi un'esposizione diretta (approccio *hands-on*) solo quando risulta inevitabile (Sorensen e Torfing, 2009).

#### **4. Il contributo sociologico alla *service innovation* nelle organizzazioni sanitarie**

L'approccio sin qui delineato presenta molti tratti in comune con la prospettiva sociologica, attenta sia nei suoi contributi teorici che empirici, agli aspetti relazionali e all'interazione tra i diversi attori coinvolti nei processi organizzativi di cambiamento. La ricerca sociologica ha cercato di evidenziare i problemi relativi alla presenza di più attori nelle organizzazioni e, soprattutto nel settore dei servizi sanitari, ha evidenziato i problemi derivanti dall'introduzione di innovazioni sia negli *users* (i clienti/utenti) che nei *providers* di servizi.

Nel settore specifico dell'innovazione nelle organizzazioni sanitarie, gli studi si sono concentrati prevalentemente sull'applicazione di nuove tecnologie dell'informazione e della comunicazione, ovvero sullo sviluppo dell'*e-health*, concetto nel quale vengono inclusi tutti i servizi che si avvalgono delle ICT in campo sanitario. La nozione di *e-health*, infatti, pur nella sua vaghezza, si riferisce oggi ad un panorama sempre più vasto delle possibilità offerte dalle ICT, al di là delle applicazioni tradizionali della telemedicina, termine inizialmente utilizzato negli studi sociologici, che si estende alle pratiche diagnostiche, terapeutiche (telechirurgia, robotica), ma anche gestionali (cartella clinica, coordinamento fra strutture e professionisti sanitari) e amministrative (fornitura e acquisto beni e servizi), ovvero aree che non sempre sono strettamente mediche e che non sempre implicano un coordinamento a distanza (Eysenbach, 2001).

I problemi e gli effetti legati all'introduzione di strumenti di *e-health* sono stati studiati in particolar modo dalla sociologia del lavoro e dalla sociologia della salute, su cui esiste un'ampia letteratura sia italiana che internazionale.

Dal punto di vista più specifico della sociologia del lavoro, l'introduzione di nuove tecnologie in contesti clinici è stata studiata considerando gli effetti prodotti da tali artefatti sull'organizzazione del lavoro (Pinch e Bijker, 1987; MacKenzie e Wajcman, 1999), permettendo di cogliere sia l'azione progettuale che sta dietro alla loro realizzazione, sia il loro essere elementi innaturali, frutto di un particolare contesto e cultura e sottolineando l'intima relazione che intercorre tra il contesto lavorativo e la strutturazione delle attività (Suchman, 1987, 1997). Come hanno evidenziato diversi studi, infatti, le implicazioni relative all'implementazione dell'*e-health* sugli attori coinvolti (in primis, professionisti della salute e pazienti) possono, infatti, essere negative per il buon funzionamento dei processi organizzativi, soprattutto se non adeguatamente supportate dalla modifica dei corsi di azione e di interazione tra gli attori e la nuova tecnologia (per es. Tanriverdi e Iacono, 1999; Bonder e Zajchuk, 1997; Freeman et al., 1996, Bruni et al. 2005).

Uno dei problemi principali in merito all'adozione e all'uso di strumenti di *e-health*, ad esempio, e che sembra avere più attinenza con il modello della *collaborative innovation*, sopra presentato, riguarda le interazioni fra tecnologia, comportamenti di routine e pratiche sanitarie consolidate degli attori coinvolti (May et al., 2001; Mort et al., 2003; Bruni et al. 2005; Anderson, 2007). Il punto centrale di gran parte di queste analisi sull'innovazione tecnologica nei servizi sanitari è, infatti, rappresentato da come e quanto questi nuovi sistemi permettano di raccordare le idee e le pratiche esistenti degli attori coinvolti nel processo innovativo (May et al., 2001; May e Ellis, 2001). Attori, processi organizzativi e tecnologie sono, infatti, simmetricamente coinvolti all'interno di un processo continuo di reciproco "aggiustamento" e gestire l'introduzione di un sistema di telemedicina o del Fascicolo Sanitario Elettronico, assomiglia così a sviluppare un network di relazioni dalle dinamiche complesse e dagli sviluppi non sempre prevedibili (Aanestad e Hanseth, 2000; Haland, 2012). Per poter progettare e sviluppare tecnologie per il supporto dell'informazione e della diagnostica medica è, quindi, necessario innanzitutto capire "la *pratica* e l'uso dell'informazione nel lavoro quotidiano dei clinici" (Rajani e Perry, 1999: 245), interrogandosi sugli artefatti e sulle conoscenze che descrivono le traiettorie della pratica medica (Casper e Berg, 1995). Da questo punto di vista, anche l'introduzione di una cartella clinica digitalizzata rappresenta un artefatto che funge da strumento di raccordo delle azioni intraprese da parte dello staff medico e

che può generare diversi problemi relativi al modo in cui tale artefatto influenza l'organizzazione del lavoro quotidiano e l'interazione con gli altri attori. In sostanza, questi studi dimostrano come l'introduzione di innovazione, in questo caso di carattere tecnologico, si accompagna a una redistribuzione delle attività e delle responsabilità; se da un lato, ciò permette di favorire l'emergere ed il consolidarsi di nuove professioni sanitarie, dall'altro necessita di appropriate condizioni organizzative e manageriali condivise, capaci di permettere alla nuova strumentalità di trovare posto nelle pratiche di lavoro esistenti. A questo proposito, infatti, alcuni studi, sempre nella prospettiva sociologica, hanno evidenziato come la tecnologia venga appresa quale elemento di appartenenza al gruppo professionale di riferimento e agganciata ad altre pratiche di lavoro convenzionali (Gherardi e Nicolini, 2001; Haland, 2012). Quando impariamo a svolgere un'attività, apprendiamo anche come utilizzare gli strumenti tipici di quell'attività, ai quali non prestiamo più alcuna attenzione una volta che abbiamo acquisito familiarità con l'attività stessa. Al contempo, però, ciò significa anche che l'introduzione di nuovi strumenti di lavoro richiede l'apprendimento non solo delle istruzioni tecniche necessarie a che gli strumenti funzionino, ma coinvolge il lavoro dei singoli operatori nella sua interezza e richiede loro la capacità di rileggere la propria professionalità alla luce delle abilità richieste dalle nuove tecnologie, superando barriere etiche, culturali e normative radicate nella pratica professionale (Anderson, 2007).

A differenza di chi vede nelle tecnologie degli strumenti neutri la cui efficacia ed utilizzo sono legati a questioni puramente ingegneristiche o economiche, la prospettiva sociologica tende, invece, a sottolineare come le tecnologie siano elementi costitutivi del fare organizzazione e come, dunque, specie laddove vi sia una tecnologia pensata a supporto dell'intero processo organizzativo (come sempre più spesso accade nei contesti di *e-health*), sarebbe auspicabile cercare di comprendere in che modo questa si intersechi con il lavoro di tutti gli attori coinvolti (*providers*) nonché dei fruitori dell'innovazione stessa (*users*), il cui rapporto con il bene/servizio è fondamentale per la buona riuscita di tutto il processo innovativo.

Questa prospettiva è, in parte, riconducibile alle riflessioni della scuola socio-tecnica (Thompson, 1967; Woodward, 1970) anche se, rispetto al suo approccio originario, in cui tecnologia e organizzazione apparivano come costrutti sufficientemente stabili a priori, oggi ciò che viene definito come "tecnologia" e/o "organizzazione" è il risultato di un processo di ordinamento, una definizione a posteriori degli elementi che compongono un network di lavoro, saperi e pratiche organizzative ad essi connessi (Carayon et al., 2011). L'applicazione dell'approccio socio-tecnico

all'ambito della sociologia della salute sinora si è concentrato in Italia principalmente sullo studio della telemedicina (ad es., Gherardi and Strati 2004; Bruni et al., 2007; Bruni e Parolin 2009) e la relazione tra umani e macchine nei contesti ospedalieri (ad es., Bruni 2008, 2010; Lusardi e Perrotta 2009; Lusardi 2012), meno specificamente sulle implicazioni a livello organizzativo e politico-istituzionale, nonché al coinvolgimento dell'users nei processi di innovazione organizzativa.

In questo senso, un'integrazione tra l'approccio più manageriale, sviluppato dalla *collaborative innovation*, attento al tema delle preferenze e della competenze di tutti gli attori coinvolti, inclusi i policy maker, spesso assenti dal processo innovativo nelle organizzazioni pubbliche, e l'analisi sociologica degli effetti dell'innovazione sulle pratiche lavorative, potrebbero produrre un modello interpretativo più ampio e completo dei complessi e rapidi cambiamenti dell'organizzazione sanitaria nei contesti occidentali, nonché dell'efficacia di tali innovazioni in termini non solo di efficienza e riduzione dei costi ma, allo stesso tempo, di un effettivo miglioramento della qualità del servizio erogato.

### **Conclusioni: gli sviluppi dell'analisi empirica**

L'integrazione interdisciplinare delle prospettive teoriche proposte può fornire le categorie concettuali per leggere, interpretare ed orientare gli sforzi che oggi molte aziende del settore sanitario stanno compiendo per una effettiva valorizzazione delle opportunità offerte dalle nuove tecnologie, anche in funzione dei cambiamenti nei bisogni della domanda che impongono nuovi modelli di servizi realmente orientati agli utenti. In questi sforzi, infatti, l'attenzione del management tende a concentrarsi sugli artefatti – siano essi di natura tecnologica (nuovi software, e nuove attrezzature) o di natura documentale (nuove procedure, nuovi modelli formali di organizzazione, ecc.) – nella convinzione di poter “determinare” il cambiamento in una logica *top-down* che presume una plasticità organizzativa, difficilmente riscontrabile nella realtà. Le organizzazioni sono, invece, sistemi socio-tecnici complessi, che evolvono lentamente secondo logiche inerziali, che riflettono routine consolidate nel tempo e reagiscono in modo imprevedibile alle proposte di innovazione provenienti dal management.

Per comprendere le dinamiche reali legate ai processi di innovazione, appare, quindi, opportuno ricorrere a modelli concettuali capaci di allargare la prospettiva a tutti gli attori del sistema, inclusi i policy maker, che nell'ambito dei servizi pubblici svolgono un ruolo determinante, e gli utenti finali, che non sono semplici “destinatari” dei processi di erogazione ma “protagonisti” sempre più

decisivi. Si pensi, ad esempio, ai nuovi modelli di servizio imposti dall'invecchiamento della popolazione e dalla crescente diffusione di malattie cronico-degenerative che restituiscono centralità al territorio e all'*empowerment* del paziente, all'insegna del principio della continuità assistenziale.

Le interazioni fra questi attori, le loro preferenze e le loro competenze, possono condizionare l'esito di un processo di innovazione più delle qualità intrinseche degli artefatti tecnologici o documentali, che entrano a far parte del sistema come nuovi "attori", venendo a modificare le prassi, gli equilibri di potere, i confini delle aree di competenza, i contenuti dei vari ambiti professionali. Solo focalizzando l'attenzione su questi aspetti sarà, quindi, possibile comprendere in modo più approfondito le dinamiche che governano il cambiamento durante il processo di innovazione, offrendo un contributo che può rivelarsi utile sul piano teorico, ma anche sul piano pratico, favorendo lo sviluppo di quelle competenze di "meta-governance" che possono consentire al management di raggiungere i risultati auspicati.

A tal fine, può essere utile avviare una fase di ricerca empirica dedicata allo studio di alcuni casi di innovazione particolarmente significativi nel panorama della Sanità italiana, utilizzando le categorie concettuali del *framework* teorico descritto per analizzare l'evoluzione dei sistemi socio-tecnici delle organizzazioni coinvolte, in modo da evidenziare le condizioni che hanno sostenuto l'attivazione di circuiti virtuosi favorevoli al cambiamento e quelle che lo hanno ostacolato, spingendo il sistema in direzioni diverse da quelle pianificate.

Il focus dell'attenzione dovrebbe essere rivolto prioritariamente a quegli ambiti di innovazione che hanno un maggior impatto organizzativo, perché non intervengono su un segmento isolato del percorso assistenziale, come accade, ad esempio, con l'introduzione di una nuova attrezzatura, che permette un miglioramento incrementale delle prestazioni, ma vanno a toccare i punti nodali dei processi, ripercuotendosi su una pluralità di routine organizzative, fino a imporre una revisione sostanziale dei modelli di erogazione dei servizi. Si pensi all'introduzione della cartella clinica elettronica o allo sviluppo diffuso di un sistema di telemedicina o alla realizzazione di una rete di assistenza per i pazienti oggetto di dimissioni protette: tutte iniziative che – al di là dell'utilità funzionale assicurata – comportano la modifica degli equilibri di potere e di competenza fra i professionisti coinvolti.

Obiettivo di questa fase di analisi empirica – oltre alla rilevazione delle buone prassi e delle criticità connesse ai processi di innovazione nel settore sanitario – dovrebbe essere anche quello di



sviluppare e approfondire ulteriormente i modelli concettuali presi a riferimento in questo lavoro, al fine di contribuire ad arricchire in modo interdisciplinare la “cassetta degli attrezzi” a disposizione di quanti vivono il difficile compito di guidare organizzazioni in continuo cambiamento come quelle del settore sanitario verso nuovi standard di servizio, in grado di dare risposte adeguate ai bisogni sempre più complessi e alle aspettative degli utenti.

### **Riferimenti bibliografici**

- Aanestad M., Hanseth O. (2000), “Implementing Open Network Technologies in Complex Work Practices: A Case from Telemedicine”, in Baskerville R., Stage J., DeGross J.I. (eds.), *Proceedings of the Conference on the Social and Organizational Perspective on Research and Practice in Information Technology*, Kluwer Academic, Norwell, MA.
- Anderson J.G. (2007), Social, ethical and legal barriers to E-health, *International journal of medical informatics*, 76: 480–483.
- Ansell C., Gash A. (2007), Collaborative governance in theory and practice, *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18: 543-571.
- Baumgartner L.M. (2001), An update on transformational learning, *New directions for adult and continuing education*, 2001(89):15-24.
- Bellio E., Buccoliero L., Prenestini A. (2009), *Patient web empowerment: la web strategy delle aziende sanitarie del SSN*, Egea, Milano.
- Bloch C., Bugge M.M. (2013), Public sector innovation - From theory to measurement, *Structural Change and Economic Dynamics*, 27: 133-145.
- Bonder S., Zajtchuk R. (1997), Changing the Paradigm for Telemedicine Development and Evaluation: A Prospective Model-based Approach, *Socio-Economic Planning Sciences*, 31: 257-80.
- Bruni A. (2008), La medicina come ingegneria dell'eterogeneo e pratica sociomateriale, *Rassegna Italiana di Sociologia*, XLIX (3): 451-476.
- Bruni A. (2010), *La sicurezza organizzativa. Una etnografia in sala operatoria*, Carocci, Roma.
- Bruni A., Fasol R., Nicolini D. (2005), Una prospettiva sociologica allo studio della telemedicina, *Sociologia del lavoro*, 98(2): 145-158.

- Bruni A., Gherardi S., Parolin L.L. (2007), Knowing in a System of Fragmented Knowledge, *Mind, Culture and Activity*, 14 (1-2): 83-102.
- Bruni A., Parolin L.L. (2009), “Technological Objects Through Discourse: A Case Study from the Field of Telemedicine”, in F. Ramallo, A. Lorenzo, X.P. Rodriguez-yez and P. Cap (eds.), *New Approaches to Discourse and Business Communication*, London, Palgrave Macmillan, pp. 231-251.
- Carayon P., Bass E., Bellandi T., Gurses A., Hallbeck S., Mollo V. (2011), Socio-Technical Systems Analysis in Health Care: A Research Agenda. *IIE Transactions on Healthcare Systems Engineering*, 1(1): 145–160.
- Casper M.J., Berg M. (1995), Constructivistic perspectives on medical work: medical practices and science and technology studies, *Science, Technology, and Human Values*, 20: 395-407.
- De Vries E. J. (2006), Innovation in services in networks of organizations and in the distribution of services, *Research policy*, 35(7): 1037-1051.
- Djellal F., Gallouj F., Miles I. (2013), Two decades of research on innovation in services: Which place for public services?, *Structural Change and Economic Dynamics*, 27: 98-117.
- Eysenbach G. (2001), What is e-Health?, *J Med Internet Res*, 3(2): 20.
- Freeman K., Wynn-Jones J., Groves-Phillips S., Lewis L. (1996), Teleconsulting: A Practical Account of Pitfalls, Problems and Promise. Experience from the TEAM Project Group, *Journal of Telemedicine and Telecare*, 2: 1-3.
- Gallouj F., Djellal F. (Eds.), 2010, *The Handbook of Innovation and Services: A Multidisciplinary Perspective*, Edward Elgar Publishers, Cheltenham, Northampton.
- Gallouj F., Savona M. (2009), Innovation in services: a review of the debate and a research agenda, *Journal of evolutionary economic*, 19:149–172.
- Gallouj F., Savona M., (2009), Innovation in services: a review of the debate and a research agenda, *Journal of evolutionary economic*, 19:149–172.
- Gallouj F., Toivonen M. (2011), Elaborating the characteristics-based approach to service innovation: making the service process visible, *Journal of Innovation Economics*, 8 (2): 33–58.
- Gallouj F., Weinstein O. (1997), Innovation in services, *Research Policy*, 26(4–5): 537–556.
- Gherardi S., Nicolini D. (2001), Il pensiero pratico. Un’etnografia dell’apprendimento, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 2: 231-55.

- Gherardi S., Strati A. (2004) (a cura di), *Telemedicina: tra tecnologia e organizzazione*, Carocci, Roma.
- Goes J.B., Park S. H. (1997), Interorganizational links and innovation: The case of hospital services, *Academy of management journal*, 40(3): 673-696.
- Haland E. (2012), Introducing the electronic patient record (EPR) in a hospital setting: boundary work and shifting constructions of professional identities, *Sociology of Health & Illness*, 34 (5): 761-775.
- Hartley J. (2005), Innovation in governance and public service: Past and present, *Public Money & Management*, 25: 27-34.
- Kickert, W. J. M., Klijn, E.-H., & Koppenjan, J. (Eds.). (1997), *Managing complex networks*, SAGE, London, England.
- Kooiman, J. (2003), *Governing as governance*, SAGE London, England.
- Lusardi R. (2012), *Corpi, tecnologie e pratiche di cura. Uno studio etnografico in terapia intensiva*, FrancoAngeli, Milano.
- Lusardi R., Perrotta M. (2009), Da Alfa a Omega: la riconfigurazione del corpo nelle organizzazioni sanitarie, *Rassegna Italiana di Sociologia*, 50 (4): 609-633.
- MacKenzie D., Wajcman J. (eds.) (1999), *The Social Shaping of Technology* (Second Edition), Open University Press, Buckingham, Philadelphia.
- May C., Ellis N.T. (2001), When Protocols Fail: Technical Evaluation, Biomedical Knowledge, and the Social Production of 'Facts' about a Telemedicine Clinic, *Social Science and Medicine*, 53: 989-1002.
- May C., Gask L., Atkinson T., Ellis N., Mair F., Esmail A. (2001), Resisting and Promoting New Technologies in Clinical Practice: The Case of Telepsychiatry, *Social Science and Medicine*, 52: 1889-1901.
- Mort M., May C., Williams T. (2003), Remote Doctors and Absent Patients: Acting at a Distance in Telemedicine, *Science, Technology & Human Values*, 28 (2): 274-295.
- Nicolini D., Bruni A., Fasol R. (2003), *Telemedicina: una rassegna bibliografica introduttiva*, *Quaderni del Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale*, Trento.
- Lancaster, K.J. (1966), A new approach to consumer theory, *Journal of Political Economy* 14, 133-146.

- Maggiore G, Morvillo A. (2015), L'innovazione nei servizi pubblici: un caso nel settore sanitario, *Economia e diritto del terziario*, 1:127-153.
- March J. G., Olsen J. P. (1995), *Democratic governance*. Free Press, New York, NY.
- Mazzuccato M. (2013), *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths*, Anthem.
- Mezirow J. (2000), *Learning as transformation: Critical perspectives on a theory in progress*, Jossey-Bass, San Francisco, CA.
- Mort M., Finch T., May C. (2009), Making and Unmaking Telpatients: Identity and Governance in New Care Technologies, *Science, Technology and Human Values*, 34(1): 9-33.
- Ostrom E., Gardner R., Walker J. (1994), *Rules, games and common pool resources*, University of Michigan Press, Ann Arbor.
- Pinch T., Bijker W. (1987), "The social construction of facts and artifacts: or how the sociology of science and the sociology of technology might benefit each other", in Pinch T., Bijker W., Hughes T., *The Social Construction of Technological Systems*, MIT Press, Cambridge.
- Pine B.J., Gilmore, J.H. (1999), *The experience economy: work is theatre & every business a stage*, Harvard Business Press.
- Rajani R., Perry M. (1999), The Reality of Medical Work: The Case for a New Perspective on Telemedicine, *Virtual Reality*, 4: 243-9.
- Saviotti P.P., Metcalfe, J.S. (1984), A theoretical approach to the construction of technological output indicators, *Research Policy*, 13: 141-151.
- Skelcher C., Torfing J. (2010), Improving democratic governance through institutional design: Civic participation and democratic ownership in Europe, *Regulation & Governance*, 4: 71-91.
- Sørensen E., Torfing J. (2009), Making governance networks effective and democratic through metagovernance, *Public Administration*, 87: 234-258.
- Sørensen E., Torfing J. (2011), Enhancing collaborative innovation in the public sector, *Administration and Society*, 43(8): 842-68.
- Strauss A., Fagerhaugh S., Suczek B., Wiener C. (1985), *Social Organization of Medical Work*, The University of Chicago Press, Chicago.
- Suchman L. (1987), *Plans and Situated Actions: The Problem of Human-Machine Communication*, Cambridge University Press, New York.

- Suchman L. (1997), "Centers of Coordination. A Case and Some Themes", in Resnik L., Saljio L., Pontecorvo C., Burge B. (eds.), *Discourse, Tools and Reasoning. Essays On Situated Cognition*, Springer Verlag, Berlin.
- Tanriverdi H., Iacono C.S. (1999), Diffusion of Telemedicine. A Knowledge Barrier Perspective, in *Telemedicine Journal*, 5: 223-44.
- Thompson J.D. (1967), *Organizations in Action* (trad. it. *L'azione organizzativa*, ISEDI, Torino 1994).
- Vargo S.L., Lusch R.F. (2004), Evolving to a new dominant logic for marketing, *Journal of marketing*, 68(1): 1-17.
- Vigoda E. (2002), From responsiveness to collaboration: Governance, citizens and the next generation of public administration, *Public Administration Review*, 62: 527-540.
- Wenger E. (1998), *Communities of practice*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Windrum P., Garcia-Goni M. (2008), A neo-Schumpeterian model of health services innovation, *Research Policy*, 37: 649–672.
- Woodward J. (1970), *Industrial Organization: Behavior and Control* (trad. it. *Comportamento e controllo nell'organizzazione*, Rosenberg & Sellier, Torino, 1983).