

Lo sviluppo organizzativo nelle strutture sanitarie: tra divisione del lavoro e coordinamento*

*di Massimo FRANCO – Professore di Organizzazione Aziendale –
Università degli Studi del Molise*

Introduzione

Il processo di management

L'evoluzione delle teorie organizzative

L'azione organizzativa e i fattori chiave dell'organizzazione

- . obiettivi efficacia, efficienza, equità*
- . divisione del lavoro*
- . specializzazione*
- . interdipendenza*
- . meccanismi di coordinamento*

Le parti fondamentali di un'organizzazione

L'organizzazione delle strutture sanitarie

Il dipartimento

Bibliografia

* Tratto dal volume: ***“La gestione dell'Azienda Sanitaria. Sviluppi teorici e strumenti gestionali per governare il cambiamento”***, Capasso A., Pascarella G. (a cura di), Franco Angeli, Milano, 2005, ISBN 88 464 6688 8, pag. 61-99.

Introduzione

Dagli inizi degli anni '90, il Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) è stato oggetto di un'intensa riforma, che ha portato profonde trasformazioni per tutto il sistema sanitario coinvolgendo in particolare la gestione e l'organizzazione delle aziende soprattutto negli aspetti amministrativi e direzionali¹. Si è assistito in questi anni ad un "processo di aziendalizzazione" del settore sanitario pubblico, con un passaggio da forme organizzative fortemente burocratizzate, la cui gestione era orientata all'erogazione di servizi sanitari intesi come compiti istituzionali di strutture che non consideravano i costi sostenuti, ad una gestione orientata per obiettivi e risultati, volta all'ottimizzazione nell'uso delle risorse e alla razionalizzazione della spesa².

L'attuale normativa attribuisce alle Regioni un ruolo centrale nella gestione del sistema sanitario. Infatti sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale (PSN) le regioni sono chiamate a svolgere un forte ruolo di indirizzo, programmazione e organizzazione, che si sostanzia nell'elaborazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) e del Piano Ospedaliero Regionale. I piani sanitari definiscono gli obiettivi fondamentali, le linee generali d'indirizzo, i livelli di assistenza (qualità, quantità, efficienza delle prestazioni), specificando una selezione delle priorità dei bisogni, in base ai quali i dirigenti delle aziende sanitarie sono chiamati a organizzare i servizi sanitari e assistenziali erogati.

Il Piano Sanitario Nazionale definisce, in particolare, anche i principi organizzativi dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, in base alle specifiche esigenze territoriali e alle risorse disponibili.

Questo processo di trasformazione delle strutture di offerta (unità sanitarie locali ed ospedali) in aziende, mediante l'attribuzione della personalità giuridica pubblica, della autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, ha costituito la svolta organizzativa, profonda del nuovo sistema, in quanto ha determinato le condizioni di maggiore flessibilità e di migliore adattamento alla domanda e alle caratteristiche dei processi di offerta.

Questa riforma normativa introduce un forte orientamento delle strutture erogatrici di servizi sanitari alla logica aziendale, intesa come sistema di nuove regole di funzionamento capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati di assistenza e di salute e risorse impiegate, per passare dal modello classico di amministrazione (gestione per atti) al modello aziendale di funzionamento (gestione per risultati). In tale prospettiva la funzione manageriale deve essere interpretata come capacità di pianificare,

¹ I decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99 con le successive modifiche e interpretazioni, rappresentano la base normativa del cambiamento in atto, e definiscono il nuovo modello istituzionale per gli enti responsabili dell'erogazione dei servizi socio-sanitari trasformati in "aziende".

² Si tratta, com'è evidente, di una vera e propria rivoluzione che interviene sul complesso delle leve gestionali, tipiche di ogni azienda, quali: la definizione degli assetti organizzativi; la pianificazione strategica, gli strumenti di programmazione e controllo, direzionali e operativi.

organizzare, governare e controllare le risorse necessarie alle attività proprie dell'azienda, secondo criteri e modalità operative finalizzate all'impiego ottimale delle risorse, per influire significativamente sul raggiungimento degli obiettivi di salute.

La specificità dei processi sanitari e del modello istituzionale del sistema sanitario nazionale rendono particolarmente complessa sia la progettazione sia la gestione del sistema organizzativo.

La progettazione organizzativa delle aziende del settore sanitario si presenta oltremodo complessa anche per la struttura del quadro istituzionale di riferimento, basato su un articolato sistema di vincoli ed obiettivi che condizionano le scelte progettuali. Queste scelte sono limitate da un'insieme di aspetti sia interni sia esterni che le organizzazioni sanitarie devono considerare per adeguare il proprio assetto organizzativo e gestionale.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una riduzione dell'intervento normativo dello Stato e delle regole burocratiche a vantaggio di norme e linee guida prodotte dalle amministrazioni locali.

Tale tendenza determina una riflessione sulle modalità di interpretazione e gestione dell'"autonomia organizzativa", con conseguenti scelte tese a ricercare il giusto equilibrio tra le logiche istituzionali, regolate dalla produzione legislativa e dalle disposizioni degli organi preposti alle funzioni d'indirizzo e controllo delle strutture sanitarie, con la logica aziendale che si fonda su principi di razionalità economica finalizzati alla ricerca di un equilibrio fra bisogni da soddisfare e risorse disponibili.

L'organizzazione può essere definita semplicemente come il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento fra tali compiti (Mintzberg, 1983).

Le soluzioni possibili di divisione del lavoro e coordinamento, sono virtualmente infinite. Il problema difficile di una scelta organizzativa riguarda proprio l'individuazione delle forme alternative di organizzazione e la definizione delle configurazioni in grado di essere applicate. L'insieme di alternative organizzative di cui si può valutare l'efficacia, l'efficienza e l'equità, non hanno tuttavia mai un carattere assoluto ma sempre un carattere relativo e comparato l'uno rispetto all'altro (Grandori, 1999).

Dal punto vista organizzativo, le aziende sanitarie presentano come principali caratteristiche l'autonomia professionale degli operatori e il controllo debole della struttura gerarchica, tali elementi hanno un forte impatto sui processi di erogazione delle prestazioni danno vita a strutture definite a "governo policentrico" (Maggi, 1994) o "burocrazie professionali" (Mintzberg, 1983).

Il processo di management

Il processo di management può essere rappresentato come un insieme di sistemi collegati (Fig.1), dove le frecce bidirezionali indicano l'interazione che esiste tra ciascun elemento del sistema complessivo. Sebbene il processo di management sia teoricamente attuato in una sequenza che parte dalla pianificazione per finire al controllo, nella realtà il processo si svolge senza una sequenza univoca e preordinata (Gerloff, 1985).

Più in dettaglio, *pianificare* significa selezionare ed identificare gli obiettivi e scegliere le opportune strategie per raggiungerli.

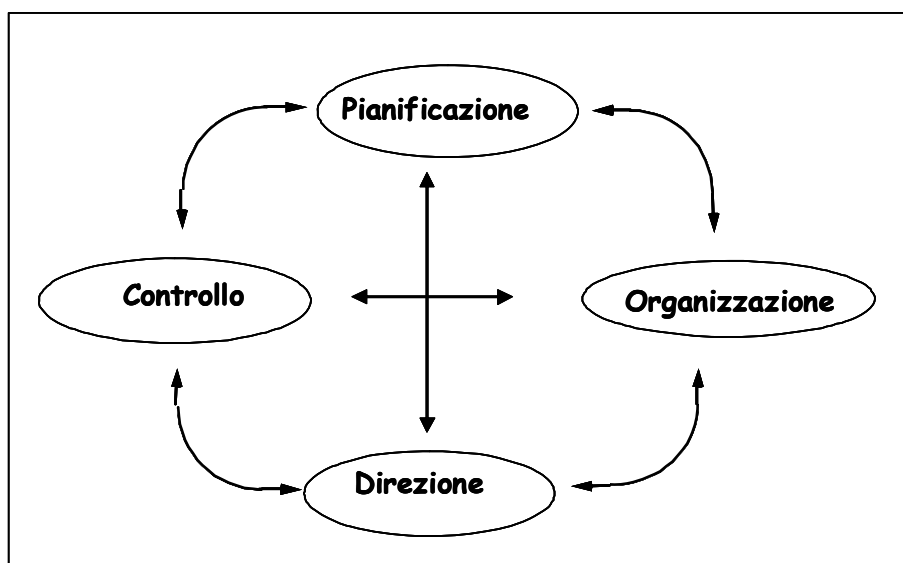
L'attività manageriale comprende anche una funzione di *organizzazione* che consiste nel disegno della struttura organizzativa. Queste attività consistono nella determinazione di quali compiti devono essere svolti, chi li deve svolgere, come questi compiti devono essere raggruppati, il sistema di rapporti gerarchici e dove le decisioni devono essere prese.

Dirigere consiste invece nel coordinare e guidare le risorse umane, promuovendo e indirizzando azioni verso obiettivi comuni, usando l'influenza per motivare le persone.

Il *controllo* implica la verifica dello svolgimento delle attività con l'individuazione delle opportune decisioni e degli eventuali adeguamenti.

La dinamica tra gli elementi del processo di management conduce a quel fenomeno che viene definito organizzazione. I piani, le strategie e gli obiettivi direzionali diventano la base per la definizione dei compiti e delle attività che devono essere svolte dalle diverse posizioni di lavoro di una organizzazione; le attività sono quindi raggruppate in organi con conseguente assegnazione delle responsabilità e dell'autorità al fine di fornire il coordinamento necessario. Le precedenti fasi si concretizzano con la struttura organizzativa.

Fig. 1 – Il processo di management



In particolare l'attività manageriale consiste nell'organizzare risorse umane, risorse materiali (impianti, strutture, merci, denaro, titoli, ecc.)

e risorse immateriali (know-how, competenze, esperienza, ecc) e costituisce pertanto la parte centrale del ruolo del manager.

L'organizzazione è quindi l'attività attraverso la quale si ripartiscono responsabilità nell'ambito del complesso processo operativo dell'azienda, attribuendo a ciascuna risorsa determinati ambiti di competenza e di autonomia decisionale (delega), e individuando i meccanismi di coordinamento utili ad armonizzare l'operato di ciascuno in funzione degli obiettivi aziendali.

L'organizzazione può anche essere vista sotto due aspetti diversi quello strutturale e quello comportamentale. Il primo aspetto, quello strutturale, considera le soluzioni relative alla definizione delle strutture organizzative e dei meccanismi di coordinamento. Il secondo, quello comportamentale, considera gli effetti che il comportamento umano (dei singoli individui o dei gruppi) ha sui risultati organizzativi.

Le fasi del processo organizzativo, come sarà di seguito sviluppato dopo una sintetica rassegna delle principali teorie organizzative, possono essere definite nel disegno del processo operativo, nella divisione del lavoro, nella individuazione delle risorse, nella attribuzione di responsabilità e nella scelta dei meccanismi di coordinamento.

L'evoluzione delle teorie organizzative

L'organizzazione nasce dalla considerazione che attraverso uno sforzo coordinato di un maggior numero di risorse è possibile raggiungere un risultato maggiore e più soddisfacente rispetto a quello di un singolo individuo.

La disciplina dell'organizzazione aziendale sviluppa quindi l'analisi ed il disegno dei processi di divisione del lavoro, di interdipendenza e di coordinamento fra più soggetti in un sistema di attività economiche.

Organizzarsi nel linguaggio comune, significa generalmente cercare il modo per svolgere un'attività risparmiando tempo, non commettendo errori, non sovrapponendosi con il lavoro degli altri, realizzando proprio ciò che si è convenuto con i propri colleghi e superiori. Essere ben organizzati significa ottimizzare l'uso delle risorse e quindi essere efficaci, essere efficienti e, inoltre, essere soddisfatti di quello che si sta realizzando (Mercurio, Testa, 2000).

La disciplina dell'organizzazione si dedica proprio allo studio di queste modalità nell'ottica di fornire criteri generali di comportamento tesi ad ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

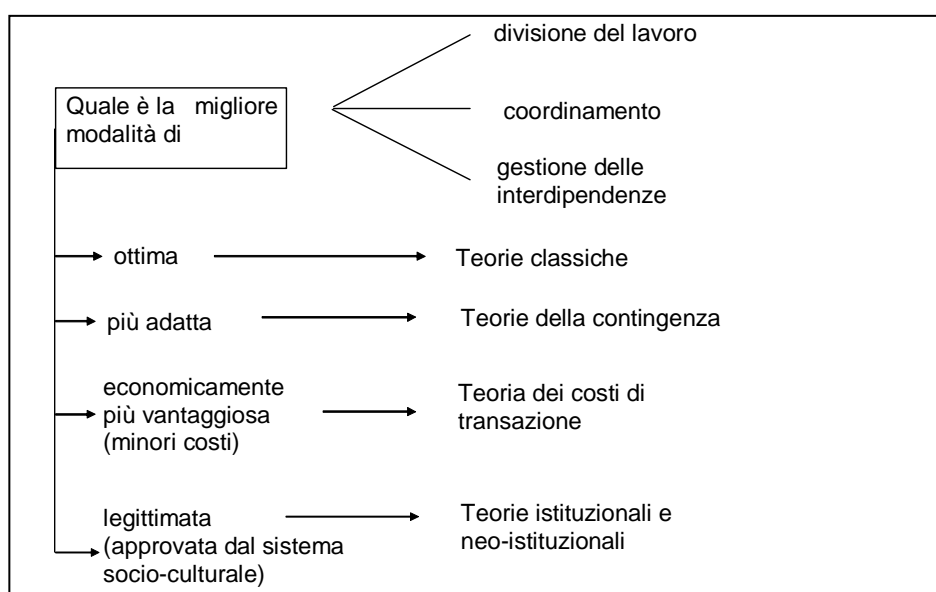
Ne consegue che la creazione di un'organizzazione efficace, efficiente e in grado soddisfare i bisogni di tutti coloro che la compongono si presenta come un problema non sempre di semplice soluzione, che ha visto impegnati numerosi studiosi nel corso degli anni.

Il compito di chi intende risolvere il problema organizzativo è quello di individuare e applicare la modalità "migliore" per dividere e coordinare le attività interdipendenti messe in atto da una pluralità di attori o persone.

Il significato da attribuire all'attributo “migliore”, non è tuttavia univoco, dato che esistono molteplici accezioni utilizzate nel corso dell'evoluzione del pensiero organizzativo, così sinteticamente classificabili (Fig. 2):

- l'organizzazione migliore è un'*organizzazione ottima e universale*;
- l'organizzazione migliore è un'*organizzazione adatta ad alcune specifiche circostanze*;
- l'organizzazione migliore è un'*organizzazione economicamente più conveniente*;
- l'organizzazione migliore è un'*organizzazione legittimata dal contesto sociale*.

Fig. 2 – L'evoluzione delle teorie organizzative



- *organizzazione ottima e universale*

I primi studi che si sono proposti di ricercare la “migliore” modalità di divisione e coordinamento del lavoro hanno cercato di formulare delle regole organizzative che potessero dirsi scientifiche e universali, vale a dire valide per ogni impresa, azienda, ente, organizzazione in senso generale³. Questi studi rappresentano noti tentativi di elaborare dei modelli applicabili in ogni realtà aziendale e per qualsiasi tipo di attività: l'insieme di soluzioni organizzative proposte, infatti, viene definita come “*one best way*”, vale a dire “unica modalità ottima” per raggiungere un determinato fine. Per gli autori di questi studi appartenenti alla cosiddetta “Scuola classica dell'organizzazione”, “migliore” significa ottimale: secondo la loro interpretazione, l'applicazione di un metodo scientifico di analisi consentiva di identificare le uniche leggi organizzative applicabili e rendeva possibile assegnare ottime regole di funzionamento ad un'impresa, ad un ente, ad

³ Per un approfondimento si vedano le indicazioni fornite da Frederik W. Taylor nel suo testo del 1911, *The Principles of Scientific Management*, i principi della Scienza amministrativa elaborati nel 1931 da Henry Fayol, e da James D. Mooney nel 1937, le “leggi” enunciate da Lyndall Urwick e Luther Gulick sempre nel 1937.

una collettività di persone, in modo da minimizzare i tempi di esecuzione ed i costi delle attività, e massimizzare la qualità e la quantità dei risultati raggiunti, nonché le possibilità di sviluppo futuro.

- organizzazione adatta ad alcune specifiche circostanze

Gli studi che identificano l'organizzazione migliore come un'organizzazione adatta ad alcune specifiche circostanze, sono stati condotti nell'ambito di un ampio filone di ricerca definito "Teoria della contingenza". Secondo tale filone la disciplina dell'organizzazione aziendale può evidenziare non necessariamente l'unica e ottimale modalità organizzativa, ma diverse alternative organizzative ciascuna adatta a particolari circostanze o contingenze⁴.

Con tali riflessioni, il principio della *one best way*, in sostanza, è sostituito dal principio del *one better fit* nel senso che le modalità organizzative da adottare per la divisione e il coordinamento del lavoro devono essere adatte e coerenti a ciascun fattore contingente identificato come critico.

Secondo l'approccio contingente, dunque, identificare l'organizzazione "migliore" significa comprendere sia quale è l'organizzazione più adatta a gestire una specifica tecnologia, ad interagire con un certo mercato, a competere con successo in un determinato settore, sia come la localizzazione in uno specifico paese, la strategia formulata dal management, la tecnologia adottata, la dimensione occupazionale raggiunta possano influenzare e condizionare la forma organizzativa aziendale.

- organizzazione economicamente più conveniente

Un'altra risposta all'interrogativo della migliore modalità di divisione del lavoro, gestione delle interdipendenze e coordinamento, è la valutazione della convenienza economica assunta dalle scelte organizzative effettuate. Questa considerazione naturalmente può essere espressa anche per la ricerca di modalità organizzative riferite a organizzazioni che non si propongono il raggiungimento di un profitto. Anche un ospedale, un centro di assistenza sociale, un'associazione, infatti, si confrontano con risorse limitate e si pongono il problema di come gestire i propri beni e il proprio personale nella modalità più efficace ed efficiente per il perseguimento dei loro obiettivi.

⁴ Fra i molteplici contributi riconducibili a questo filone di teorie è possibile segnalare: la contrapposizione fra sistemi "organici" e sistemi "meccanici", presentata negli studi di Tom Burns e George Stalker del 1961; lo studio dell'influenza della tecnologia sulle scelte organizzative pubblicato nel 1965 da Joan Woodward; le ricerche, elaborate nel 1967 da Paul R. Lawrence e Jay W. Lorsch, sull'impatto dell'ambiente rispetto ai processi di differenziazione ed integrazione tra le diverse componenti organizzative di un'impresa; gli studi condotti dal gruppo dell'Università inglese di Aston sin dal 1968 sul variare delle caratteristiche organizzative al variare della dimensione aziendali; l'analisi del rapporto fra decisioni strategiche del management e forma organizzativa sviluppata sia da Alfred D. Chandler nel 1966, sia da John Child nel 1972; la proposta di Henry Mintzberg del 1979 che identifica una tipologia di configurazioni organizzative "idealtipiche", ciascuna coerente a specifiche circostanze.

Sono questi alcuni dei principali tentativi finalizzati ad elaborare modelli in grado di indicare come la validità di una modalità di divisione del lavoro e coordinamento possa modificarsi al variare di circostanze, definite appunto fattori "contingenti" o "situazionali".

Gli studi che fanno riferimento a questa impostazione sono raggruppati all'interno del filone denominato "Nuova economia istituzionale" o "Economia dei costi di transazione"⁵.

Secondo questa impostazione, il coordinamento fra le attività da svolgere potrà essere conseguito alternativamente mediante il ricorso all'autorità gerarchica, e dunque con la stipulazione di contratti di lavoro subordinato, oppure mediante il ricorso al mercato con la stipulazione di contratti di collaborazione con lavoratori autonomi. L'organizzazione è quindi la risposta al fallimento del mercato come struttura di governo delle transazioni, che si verifica a causa dell'incertezza, della razionalità limitata e dell'opportunismo delle parti. In pratica, la progettazione organizzativa si concretizza nella scelta della struttura più efficiente di governo delle transazioni.

La scelta tra "gerarchia" o "mercato", sarà pertanto "migliore" solo se la decisione presa risulta essere quella più efficiente, vale a dire quella che genera costi inferiori.

Tale approccio fa coincidere quindi il problema organizzativo con l'individuazione delle modalità per aggregare risorse economiche, e quindi scarse, ed esprime un giudizio di preferenza per quelle alternative organizzative sostenute soprattutto da valutazioni economiche, considerando pertanto l'organizzazione "migliore" quella economicamente più vantaggiosa.

- organizzazione legittimata dal contesto sociale

Nella realtà dei sistemi economici si osserva una forte dinamica evolutiva delle scelte organizzative, la quale non sempre produce come risultato lo sviluppo di forme adatte al contesto o semplicemente efficienti.

Secondo il filone neoistituzionalista, la forma organizzativa migliore, è quella legittimata dal contesto normativo, sociale e culturale cui fa riferimento la singola organizzazione⁶.

Le modalità organizzative "migliori", dunque, non sono più quelle adatte ai singoli fattori contingenti, né quelle più efficienti, ma quelle adottate e riscontrabili nella realtà.

La prospettiva neoistituzionale dell'analisi organizzativa cerca di spiegare la presenza dell'isomorfismo, vale a dire la omogeneità di forme organizzative assunte da imprese, anche se tali forme sono palesemente poco adatte al contesto, poco efficienti e dunque da modificare.

Oggetto privilegiato di analisi sono le organizzazioni no-profit e l'elemento centrale del modello che spinge le organizzazioni verso la forma che assumono, è dato dall' «isomorfismo istituzionale»⁷.

⁵ Per un approfondimento si vedano i contributi di Oliver E. Williamson del 1975 e del 1985, di William G. Ouchi nel 1980, di Robert G. Eccles nel 1981, di Richard Butler nel 1982, di Jay Barney e William G. Ouchi del 1984.

⁶ I contributi più significativi riconducibili a questo filone di studi sono quelli di John W. Meyer e Brian Rowan del 1977, di Paul Di Maggio e Walter W. Powell del 1983 e del 1991, di Mark Granovetter del 1985, di Polanyi del 1990, di Douglas L. North del 1990, di Richard W. Scott e John W. Mayer del 1991.

⁷ L'isomorfismo è il fenomeno attraverso il quale due minerali, con diversa composizione chimica, possono assumere durante il processo di cristallizzazione la medesima struttura elementare.

Infatti il funzionamento stesso di alcune aziende e strutture della pubblica amministrazione, spesso si basa su norme legislative, regole scritte o semplicemente istituzionalizzate, procedure amministrative, comportamenti abituali che vengono recepiti più o meno consapevolmente dai membri di un'organizzazione e finiscono per orientare le scelte organizzative e gestionali.

Secondo i contributi di queste teorie le modalità di divisione del lavoro e di coordinamento non possono essere considerate il risultato di una scelta razionale attuata dal management in coerenza ad un modello teorico in grado di misurare precisamente i vantaggi e gli svantaggi di ciascuna alternativa. Le scelte manageriali, piuttosto, sarebbero condizionate e influenzate dall'insieme di idee, valori, convinzioni radicate, tradizioni, abitudini, credenze che hanno origine nel contesto istituzionale e che circolano, si consolidano o vengono superate e sostituite nel contesto sociale mediante il linguaggio, le relazioni interpersonali, la cultura, i simboli (Meyer-Rowan, 1977).

Le pressioni istituzionali generano quindi uniformità tra le forme organizzative (isomorfismo istituzionale) e le organizzazioni si muovono uniformandosi in conformità con le aspettative istituzionali.

Viene, inoltre, introdotto il concetto di campo organizzativo (*organizational field*) come un aggregato di organizzazioni (attori istituzionali) che costituiscono un'area individuata di vita istituzionale.

La convergenza verso forme simili di organizzazioni sottolinea, infatti, anche la capacità delle organizzazioni di adattarsi al campo organizzativo, soprattutto attraverso processi miranti ad individuare e a uniformarsi alla configurazione migliore, percepita come quella che più è legittimata, che più è adatta alla «sagoma» (*template*, cfr. Powell-Di Maggio, 1991; Greenwood e Hinings, 1996) disegnata dagli attori istituzionali.

In sostanza, viene sostenuto dagli studiosi di queste teorie che non necessariamente tutte le organizzazioni esistenti sono efficienti, e che non bisogna attendersi che forme meno efficienti siano prima o poi sostituite da forme economicamente convenienti.

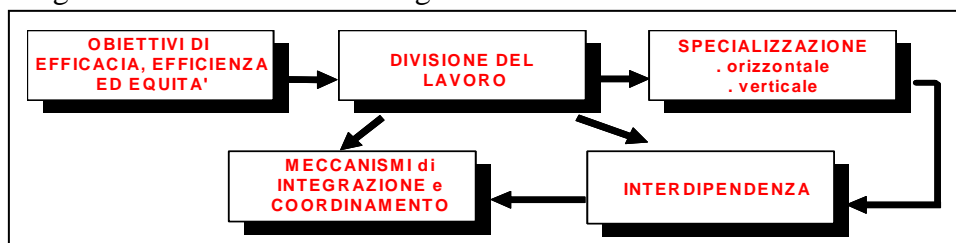
L'azione organizzativa e i fattori chiave dell'organizzazione

L'azione organizzativa è in primo luogo un processo di natura sociale entro il quale si muovono determinati attori, che più o meno volontariamente si condizionano reciprocamente, operando scelte variamente vincolate e ragionando secondo logiche più o meno razionali.

Azione organizzativa è anche sinonimo frequente di disegno organizzativo, ovvero di quadro complessivo desiderato, rispetto al quale vengono definiti determinati comportamenti attesi. Si può trattare, ad esempio, di un piano strategico per la gestione del personale, oppure dell'architettura di procedure per l'acquisizione di nuovi clienti, o di tante altre forme con cui si prefigurano interventi organizzativi di varia natura (de Vita, 2000).

Le implicazioni essenziali contenute nell'azione organizzativa sono riconducibili ad alcuni *fattori chiave dell'organizzazione*, che possono essere individuati in primo luogo negli obiettivi di *efficacia* di *efficienza* ed *equità*, successivamente per il raggiungimento di tali obiettivi è necessario procedere ad una *divisione del lavoro*, che determina una *specializzazione delle mansioni* nelle due dimensioni quella *orizzontale* e quella *verticale*. Le attività del processo operativo sono collegate tra loro, per cui le scelte di divisione del lavoro e specializzazione del mansioni determinano la nascita di *interdipendenze*, ossia di legami tra attività e quindi tra unità organizzative, questi legami dovranno essere gestiti per mezzo di opportuni *meccanismi di integrazione e coordinamento* (Fig. 3).

Fig. 3 – I fattori chiave dell'organizzazione



. obiettivi efficacia, efficienza, equità

I principali regolatori dell'azione organizzativa, ovvero dei comportamenti economici e di lavoro, sono l'efficacia, l'efficienza e l'equità. L'*efficacia* rappresenta la capacità delle azioni di portare a conseguenze desiderate ovvero la capacità di raggiungimento degli obiettivi programmati, l'*efficienza* è la capacità di farlo ottimizzando l'utilizzo delle risorse (economiche, materiali, umane, cognitive, ecc), mentre l'*equità* o *giustizia organizzativa* definisce "che cosa spetta a chi" o in termini procedurali "come raggiungere una determinata soluzione" (Grandori, 1995).

L'analisi dei singoli fattori chiave parte dalla definizione degli obiettivi che possono essere ricondotti a due principali categorie: obiettivi di efficacia e obiettivi di efficienza.

Nella prima categoria rientrano gli obiettivi tendenti alla riduzione dello scostamento tra risultati attesi e raggiunti, ovvero il grado in cui il

risultato di un'azione soddisfa l'obiettivo programmato o sperato. L'istituzione di flussi di comunicazione tra più risorse consente il controllo di alcune delle cosiddette "interdipendenze" garantendo un miglioramento dei livelli di efficacia.

La seconda categoria comprende invece tutti quegli obiettivi tesi alla massimizzazione del rapporto tra risultati raggiunti e risorse impiegate, ovvero il rapporto tra il risultato di un'azione e l'ammontare delle risorse impiegate. In tal senso l'organizzazione mira sostanzialmente ad ottimizzare l'impiego delle risorse e alla riduzione dei tempi di comunicazione con il massimo utilizzo delle competenze e delle risorse umane disponibili. Dove ottimizzare l'uso delle risorse non significa solo risparmiare o ridurre le risorse, ma soprattutto individuare le modalità che valorizzino le risorse disponibili.

. divisione del lavoro

Quando si procede ad una progettazione o modifica della struttura organizzativa di un'azienda si dà risposta a due principali criteri quella della divisione delle mansioni o dei compiti e il coordinamento delle mansioni stesse⁸.

Ogni relazione organizzativa infatti si basa fundamentalmente su un certo tipo di suddivisione di compiti o di attività e comporta interdipendenza, ovvero forme di condizionamento reciproco tra gli attori, che in buona sostanza sono collegabili alla divisione del lavoro stessa e generano problemi di regolazione e di controllo.

Le motivazioni poste alla base della divisione del lavoro, che in termini generali può essere definita come la suddivisione di attività tra attori organizzativi, sono usualmente ricondotte a concetti di carattere strettamente economico.

La limitazione delle risorse e la ricerca della produttività come condizione imprescindibile nell'economia dello scambio sono infatti i fondamenti concettuali del paradigma che ruota intorno alla divisione del lavoro ed alla conseguente specializzazione.

La divisione del lavoro consiste, quindi, nella ripartizione del processo operativo complesso dell'azienda in aree di attività elementari e omogenee al loro interno e l'attribuzione delle risorse ad aree specifiche o funzioni⁹.

⁸ La mansione può essere definita come l'insieme di compiti assegnati ad un soggetto o ad un gruppo di soggetti, determinato secondo logiche e criteri di convenienza. Mentre, il compito o task costituisce il punto di partenza dell'analisi e della progettazione organizzativa e può essere definito come l'insieme delle operazioni o attività elementari non separabili tecnicamente e che sono necessariamente collegate tra loro.

⁹ Il termine "divisione del lavoro" dal punto di vista organizzativo fu già impiegato nel 1776 nel famoso libro di Adam Smith "La ricchezza delle nazioni". In questo libro veniva descritto l'ormai noto esempio di una azienda manifatturiera per la fabbricazione degli spilli. "Un uomo estrae il filo, un altro lo raddrizza, un terzo lo taglia, un quarto lo appuntisce, un quinto lima l'estremità per applicarvi la capocchia, fare quest'ultima richiede a sua volta due o tre operazioni distintive; il montaggio della capocchia e la lucidatura sono business distinti e persino lo è l'impacchettamento; e l'importante attività della fabbricazione di spilli è così divisa in circa diciotto operazioni che in alcune aziende sono tutte svolte da mani diverse, ancorché in altre la stessa persona talvolta ne svolge due o tre. Ho visto una volta una piccola fabbrica in cui erano impiegati solo dieci uomini, e in cui pertanto alcuni

La divisione dei compiti può avvenire a livello orizzontale, definendo la distribuzione delle attività tra i membri dell'organizzazione e a livello verticale definendo la distribuzione della responsabilità (influenza/autorità).

Generalmente la divisione del lavoro è fondata sul criterio qualitativo: a diversi attori vengono attribuite attività qualitativamente differenti. Ed è in questo modo che è possibile attivare il fenomeno della specializzazione (ciascun attore si specializza cioè in attività diverse da quelle degli altri, impara a far bene una o poche attività, acquisendo su di esse sempre maggior padronanza, destrezza, conoscenza).

La divisione del lavoro può avvenire, tuttavia, secondo criteri qualitativi e secondo criteri quantitativi. Il criterio qualitativo può considerare l'omogeneità amministrativa come ad esempio il tipo di funzione, oppure l'omogeneità della prestazione, così come quella di mercato ovvero delle diverse categorie di pazienti, ma anche l'ampiezza di responsabilità ovvero il livello gerarchico. L'altro criterio, quello quantitativo prende invece in considerazione i volumi. Una stessa area di attività è suddivisa tra più persone che svolgeranno gli stessi compiti distribuendosi tra loro un carico di lavoro comune.

. specializzazione

Le organizzazioni dividono il lavoro o, in altri termini, specializzano le mansioni per aumentare la produttività.

Le mansioni possono essere specializzate lungo due dimensioni. La prima è definita dal numero di compiti che sono attribuiti ad una mansione ed esprime la varietà del lavoro, cioè il numero di compiti, diversi o della stessa natura, presenti all'interno di una mansione. Una mansione, pertanto, è tanto più specializzata, quanto più è ristretto il numero di compiti che la compongono.

La specializzazione orizzontale, in effetti, aumenta la ripetitività del lavoro, facilitando quindi la standardizzazione.

La specializzazione verticale riguarda, invece, l'autonomia e la capacità di regolazione e di controllo della mansione. Tanto maggiore sono i compiti di direzione, pianificazione, decisione e controllo compresi in una mansione, tanto più la mansione è ricca, ovvero caratterizzata da un grado elevato di autonomia e responsabilità, tanto minore sarà il grado di specializzazione verticale della mansione.

. interdipendenza

L'interdipendenza può essere definita come il complesso di condizionamenti reciproci che gli attori subiscono all'interno di una

svolgevano due o tre mansioni [...]. Queste dieci persone riuscivano a fare fino a 48.000 spilli in un giorno. Pertanto, poiché ognuno faceva la decima parte di 48.000, si può dire che ogni operatore ne fabbricava 4.800 al giorno. Ma se essi avessero lavorato separatamente e indipendentemente, e senza esser stati addestrati a questa particolare attività, nessuno di loro avrebbe potuto fare non dico venti, ma forse neppure uno spillo in un giorno”.

Smith A., 1776, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. (trad. it. *Indagine sulla natura e le cause della ricchezza delle nazioni*, Isedi, Milano, 1973).

relazione organizzativa, e che richiedono immediati interventi di coordinamento¹⁰.

L'interdipendenza può essere considerata come il principale problema che scaturisce dalla divisione del lavoro nel senso che la frammentazione operata dalla divisione del lavoro finisce per generare una fitta trama di legami fra le diverse parti che si vengono a costituire, legami, che da un punto di vista organizzativo, si traducono in problemi da affrontare e gestire in maniera adeguata.

Considerando come elemento originario delle interdipendenze il processo operativo è possibile individuare alcune distinte forme di interdipendenza (Fig. 4).

Nella prima forma rientrano le *interdipendenze di specializzazione, di scala e di raggio d'azione* riconducibili tutte alla più ampia categoria delle *interdipendenze generiche*, definite come vincoli reciproci indiretti tra gli utilizzatori di una risorsa comune, tecnologicamente non connessi tra loro (è il caso di reparti o dipartimenti che condividono le risorse finanziarie di un'azienda, o di unità chirurgiche che condividono uno stesso complesso operatorio). In sostanza, saremo in presenza di una interdipendenza generica quando due unità /attività "A" e "B" condividono una risorsa comune. Il termine risorsa va in inteso in senso esteso comprendendo l'ampia tipologia di risorse, quali quelle finanziarie, tecnologiche, umane, strumentali, di spazio, di conoscenza, ecc.

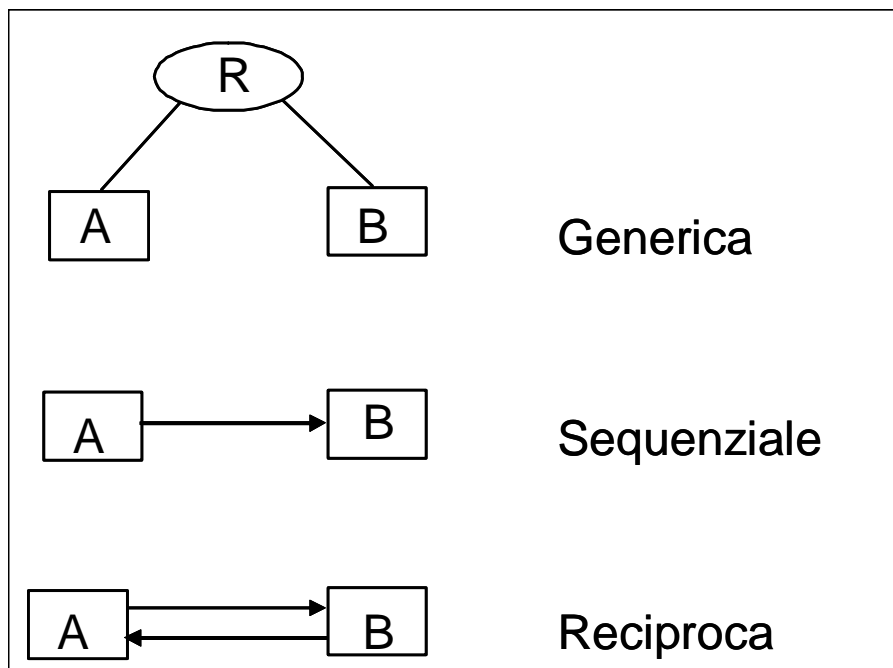
In particolare, l'interdipendenza di *specializzazione*, riguarda le relazioni organizzative esistenti tra attori impegnati all'interno di uno stesso segmento tecnico di attività (chirurgia, prevenzione, riabilitazione, amministrazione, ecc.). L'interdipendenza si manifesta rispetto a questioni come la ripartizione dei carichi e turni di lavoro, la condivisione di strutture e attrezzature, l'interscambio di conoscenze, esperienze e soluzioni di specifici problemi, in un contesto caratterizzato da forti affinità culturali e tecnologiche tra i soggetti e tra le attività che lo compongono.

Una forma analoga all'interdipendenza di specializzazione è quella *di scala*, che più specificatamente deriva dalla condivisione di una risorsa comune (uno strumento clinico, un'attrezzatura, un impianto, un'unità di staff) imposta da vincoli tecnici ed economici che impediscono la frammentazione della risorsa in più quote destinate a più utilizzatori che svolgono la medesima attività. Anche in questo caso i condizionamenti tra gli attori sono di carattere indiretto, in quanto non riguardano relazioni di flusso, ma problemi derivanti dalla comune utilizzazione della risorsa (programmi, tempi di lavoro, precedenza, ecc.).

Un'altra forma simile è l'interdipendenza di *raggio d'azione*, che si distingue per il fatto che più attori che svolgono attività diverse trovano conveniente l'impiego di un'unica risorsa condivisa per la realizzazione di specifici segmenti di attività.

¹⁰ Per un approfondimento si veda: Thompson J.D., 1967, *Organizations in action*, McGraw-Hill, New York. (trad. it., *L'azione organizzativa*, Isedi, Torino, 1990).

Fig. 4 – Le forme di interdipendenza



La seconda forma di interdipendenza definita *sequenziale* o *seriale*, riguarda invece attori impegnati in fasi diverse di un flusso complesso di attività (es. diagnosi, protocollo di cura, ricovero clinico ecc.), lungo il quale si determinano scambi di output o di informazioni tra nodi della sequenza fra loro spesso non omogenei per tipo di attività specifiche svolte, competenze richieste, linguaggi utilizzati, ecc.

Nel caso dell'interdipendenza sequenziale l'output dell'unità/attività "A" costituisce l'input per l'unità/attività "B".

Alle prime due forme di interdipendenza, può essere aggiunta la terza forma d'interdipendenza quella reciproca, in cui insieme ad un passaggio da un unità /attività "A" a un unità /attività "B", se ne verifica un altro in direzione inversa (feed-back), con evidente accentuazione della quantità e della complessità delle implicazioni che ne derivano (è il caso del rapporto tra un reparto di diagnosi ed uno di cura, o anche della relazione tra un'azienda committente ed una fornitrice di manutenzione del software di gestione). In questa ultima forma l'output dell'unità/attività "A" costituisce l'input per l'unità/attività "B" e viceversa.

I rapporti di interdipendenza organizzativa sono molti e di varia natura, spesso uno stesso attore è protagonista di molteplici relazioni di interdipendenza di diverso tipo, il che contribuisce a rendere più complessa l'analisi e la ricerca delle soluzioni.

La relazione divisione del lavoro-interdipendenza, nelle svariate forme in cui si manifesta genera una complessa ed estesa gamma di conseguenze la cui mancata o inefficace regolazione può determinare effetti problematici di vario tipo, quali ritardi e rallentamenti dei ritmi di attività allungamento dei tempi e riduzione dell'efficacia dei processi

decisionali e di comunicazione, generazione di conflitti tra gli attori, e così via.

L'analisi delle interdipendenze organizzative può essere effettuata sia dagli attori stessi protagonisti della relazione, sia da osservatori neutrali interessati per motivi di studio, sia da altre entità esterne coinvolte nell'azione organizzativa (come ad esempio consulenti direzionali), e motivate a raccogliere indicazioni utili per interventi di progettazione organizzativa.

Naturalmente la natura delle interdipendenze varia al variare soprattutto della tipologia di attore organizzativo considerato e di conseguenza del tipo di relazioni instaurate con altri.

L'analisi delle interdipendenze rappresenta la base per la scelta di un percorso di azione organizzativa o nell'elaborazione di un sistema di strumenti o meccanismi di coordinamento organizzativo, che rappresentano, a loro volta, le leve fondamentali di cui si dispone per la progettazione ed il cambiamento organizzativo.

. meccanismi di coordinamento

La struttura di una organizzazione può essere definita anche come il sistema complessivo della suddivisione di un lavoro in funzioni distinte e il successivo coordinamento di tali funzioni (Mintzberg, 1989).

Le modalità più importanti di cui le organizzazioni si servono per coordinare il lavoro sono definiti meccanismi di coordinamento e sono (Fig. 6):

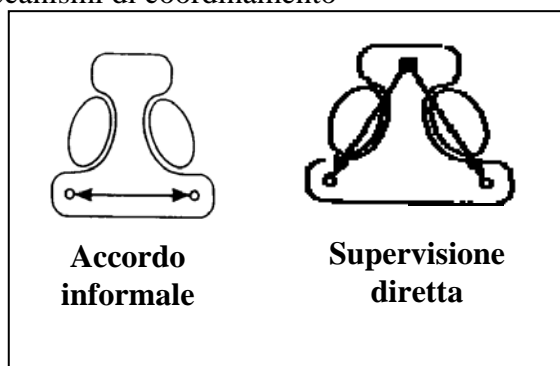
Accordo informale

Ovvero l'adattamento reciproco attraverso la trasmissione informale di dati e informazioni tra i componenti di una unità organizzativa o tra unità organizzative diverse.

Supervisione diretta

Consiste nella trasmissione di ordini o istruzioni da parte di una figura gerarchica, di capo o di manager, che assume la responsabilità del lavoro di altri, dando loro disposizioni e controllando le loro azioni.

Fig. 6 – I meccanismi di coordinamento



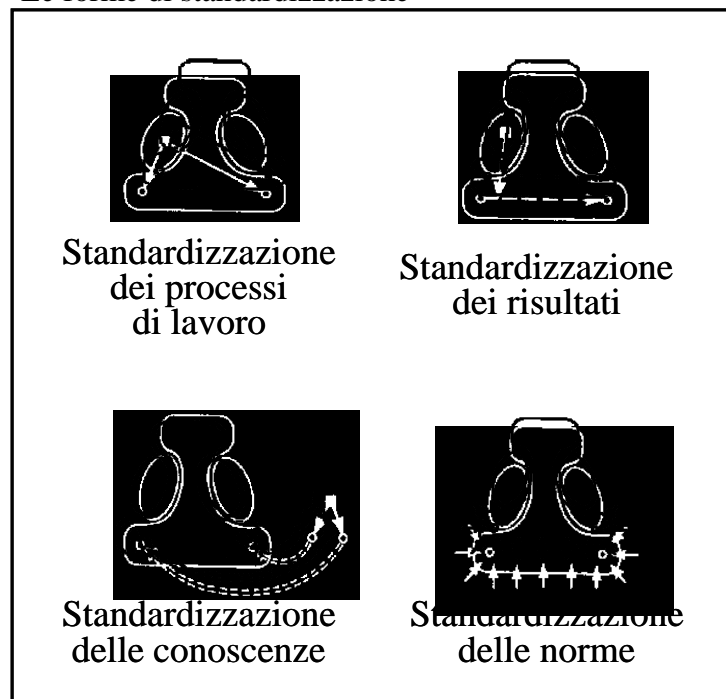
Questi due primi meccanismi costituiscono gli strumenti di coordinamento e controllo più diretti, immediati e naturali, impiegati nelle situazioni organizzative più semplici. Quando le organizzazioni assumono dimensioni e complessità maggiori nasce l'esigenza di

potenziare le risorse di coordinamento, con il ricorso ad altri meccanismi quali le diverse forme di standardizzazione (Fig. 7):

Standardizzazione dei processi di lavoro

E' la specificazione e programmazione dei contenuti dei processi lavorativi di addetti che svolgono mansioni collegate tra loro. Gli standard di lavoro di solito vengono predisposti a livello di tecnostruttura e realizzati dal nucleo operativo di base. (es. protocollo di una sala operatoria o protocollo terapeutico).

Fig. 7 – Le forme di standardizzazione



Standardizzazione dei risultati

Specificazione di dettaglio dei risultati di attività diverse. I dati e le informazioni vengono elaborate a livello di tecnostruttura (es.: piani finanziari che fissano gli obiettivi di rendimento; piani che fissano i risultati delle unità operative).

Standardizzazione delle specializzazioni

Consiste nell'ottenere il coordinamento di attività diverse mediante la standardizzazione delle conoscenze che avviene con un adeguata formazione e addestramento del personale. E' il caso dei medici, ad esempio chirurghi e anestesisti, che hanno acquisito specifiche tecniche operatorie e conseguito una specializzazione e collaborano tra di loro secondo una prassi consolidata.

Standardizzazione delle norme

In questo caso il coordinamento si ottiene controllando le procedure che regolano lo svolgimento di una attività in modo che ogni procedura ne rispetti i principi informatori.

Le parti fondamentali di un'organizzazione

Una volta definiti, in senso generale, i fattori chiave dell'organizzazione è possibile fare un passo avanti e mettere a fuoco in modo più analitico i diversi luoghi organizzativi in cui l'azione si viene a sviluppare.

Organizzare le attività economiche, infatti, significa anche risolvere il problema del coordinamento e controllo del comportamento degli attori organizzativi (Isotta, 2003) e la dimensione attore può dispiegarsi su livelli diversi, lungo un *continuum* nel quale possono individuarsi alcune tipologie ben differenziate tra loro quali:

- individuo
- gruppo
- azienda
- network

Il livello *individuo* viene ritenuto rilevante in quanto, pur se i problemi organizzativi vengono il più delle volte posti sul piano collettivo, la componente individuale non solo non è trascurabile in sé, ma incide e condiziona anche l'azione organizzativa dei livelli superiori, entro i quali di fatto l'attore individuo si colloca e si confronta costantemente.

Il *gruppo*, che può essere visto come il secondo livello e comprende svariate forme di attori organizzativi, costituisce una dimensione intermedia tra quella individuale e quella più strettamente istituzionale.

Il gruppo è un'unità organizzativa composta da due o più persone che interagiscono e coordinano il loro lavoro per raggiungere uno specifico obiettivo.

Il gruppo può essere considerato come la modalità di coordinamento per molti aspetti più naturale e primaria, che ricorre a processi di comunicazione interpersonale di tipo orizzontale con il coinvolgimento degli individui che è necessario coordinare.

Il gruppo costituisce, pertanto, un attore organizzativo dimensionalmente circoscritto e strutturalmente costituito da un insieme di individui, tra i quali esiste una intensa rete di relazioni sociali e comunicative ed una forte coesione decisionale.

In senso concreto ci si può riferire, ad esempio, a gruppi di operatori all'interno di un reparto o di una unità funzionale aziendale, o ad un comitato di direzione, o ad organi di coordinamento "laterale" (task forces, comitati, consigli di amministrazione, gruppi di progetto), ma anche ad insiemi meno formalmente riconosciuti di individui che si coagulano intorno a un medesimo baricentro di interessi, perseguendo obiettivi, e assumendo caratteristiche comportamentali comuni (gli operatori di un'ambulanza, il team di assistenza domiciliare, il gruppo di progetto per il test di un farmaco, ecc.).

Il livello *azienda* comprende un'ampia gamma di tipologie di attori organizzativi, identificabili con svariati criteri ed accomunati da una valenza distintiva comune di carattere giuridico-economico. E' superfluo sottolineare come gran parte della cultura manageriale ed organizzativa moderna si fondi e faccia riferimento, spesso implicito, nelle proprie elaborazioni a questo tipo di entità economica (nella quale

rientrano la forma impresa, quella di istituzione pubblica ed altre), configurabile come complesso di risorse il cui coordinamento è orientato secondo un obiettivo comune e fondato su peculiari strumenti attuativi (uso della gerarchia, ricorso a sistemi normativi regolamentari o giuridici). L'azienda rappresenta il livello di riferimento per eccellenza assunto dalla scienza organizzativa, e su cui si sono stratificati nel tempo teorie, formule interpretative e modelli di condotta, successivamente trasferiti anche ad altre forme di organizzazione.

Gli assetti organizzativi del livello azienda si presentano con una grande varietà di caratteristiche peculiarità, tuttavia in tali assetti si ritrovano in generale, cinque parti fondamentali (Fig.5), riconoscibili al di là delle specifiche forme adottate, per il ruolo che svolgono nel funzionamento del sistema organizzativo (Mintzberg, 1983).

Alla base di ogni organizzazione si trovano gli operatori, ovvero coloro che materialmente provvedono alla produzione di beni o di servizi, nel caso specifico della sanità all'erogazione delle prestazioni. Questi operatori costituiscono il *Nucleo operativo di base*.

Il vertice strategico comprende i *Dirigenti di alto livello* quali gli organi e le figure che sono responsabili del governo e del controllo di tutto il sistema organizzativo. Questa parte dell'organizzazione esercita la rappresentanza esterna, la leadership complessiva, definisce la strategia, cura l'allocazione delle risorse principale e rappresenta il punto di riferimento per i manager intermedi.

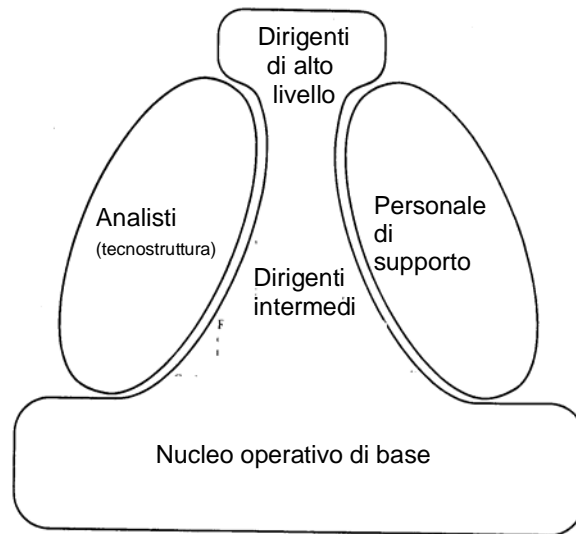
I *Dirigenti intermedi* sono la linea di direzione che comprende quelle figure di manager che collegano i dirigenti di alto livello con il nucleo operativo di base. La funzione principale di questi dirigenti è finalizzata a tradurre gli obiettivi generali del vertice in obiettivi specifici, garantendo la supervisione dell'ordinario funzionamento dell'azienda.

Gli *analisti* (tecnostuttura) sono il personale specializzato che affianca la gerarchia diretta per la programmazione e controllo formale del lavoro delle altre parti dell'organizzazione.

Il *personale di supporto* o di sostegno comprende gli addetti ausiliari di tipo diverso destinati a fornire vari servizi interni per agevolare l'ottimale svolgimento delle attività primarie.

Gli organi e le unità del personale di supporto e della tecnostuttura che svolgono questo tipo di funzioni sono tradizionalmente denominati di staff, per differenziarli rispetto alla line, cioè la linea gerarchica che dirige il personale operativo e controlla le risorse aziendali.

Fig. 5 - Le parti di un organizzazione



L'ultimo livello del continuum individuato è il *network (rete)* che raggruppa a sua volta una grande varietà di forme, nella gran parte riconducibili ad assetti di organizzazione tra aziende (ma anche tra entità non-aziendali) e con connotazioni e profili morfologici molto diversi (dal gruppo industriale, alla forma oligopolio). Rispetto ai livelli precedenti, quello del *network* è certamente il meno indagato, sia perché oggettivamente comprende formule che solo in tempi recenti hanno assunto visibilità e diffusione nella esperienza concreta, sia perché non sempre la strumentazione organizzativa tradizionale ha mostrato di ben adattarsi al suo studio, sia infine perché alcune delle numerose tipologie che vi ricadono sono state per decenni oggetto di dominio culturale di altre discipline (economia, sociologia economica).

Le strutture organizzative delle aziende sanitarie

Le strutture organizzative delle aziende sanitarie assumono caratteristiche peculiari in quanto presentano elementi di specializzazione che condizionano fortemente lo svolgimento dei processi gestionali, organizzativi e di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Un impiego efficiente delle risorse e un utilizzo razionale della potenzialità delle attività organizzative possono contribuire a livelli più elevati di tutela della salute, perché, tramite azioni che consentono di contenere i costi di produzione dei servizi, è possibile aumentare, a parità di altre condizioni, la quantità e la qualità delle risposte corrispondenti alle caratteristiche dei bisogni e della domanda di servizi sanitari.

In particolare le attività sanitarie sono caratterizzate da un'*elevata complessità* intrinseca, dall'*autonomia clinica degli operatori* e dalla necessaria *personalizzazione delle prestazioni*. Una realtà organizzativa risulta, generalmente, essere tanto più complessa quanto più è specializzata, e tanto più necessita di forme di integrazione e coordinamento. Il sistema organizzativo delle aziende sanitarie è caratterizzato da significativi livelli di complessità, che generano un elevato bisogno di integrazione e rendono necessaria l'attivazione di numerosi meccanismi di coordinamento, anche di tipo non strutturale (Ruffini, 1998)¹¹.

In tale sistema, l'efficacia delle strutture sanitarie dipende sempre meno dall'imprescindibile contributo del singolo professionista, e sempre più da un efficace coordinamento delle attività sia fra le varie parti dell'organizzazione, sia fra le molteplici figure di operatori coinvolti per perseguire il duplice obiettivo dell'efficacia terapeutica e dell'efficiente impiego delle risorse (Profili, Sammarra, 2000).

L'istituto dell'autonomia clinica, che è il risultato dell'apprendimento e dello sviluppo professionale dopo un determinato iter formativo-professionale, assicura al personale medico di poter lavorare come professionisti indipendenti, liberi di diagnosticare, di curare e formulare prognosi, in accordo con il loro giudizio clinico e con il solo vincolo dell'etica e deontologia professionale. L'autonomia clinica degli operatori, determina dal punto di vista organizzativo che il singolo professionista, per garantire la relazione fiduciaria con il paziente, ha la possibilità di scelta autonoma degli iter terapeutici e diagnostici e la responsabilità diretta nell'utilizzazione delle risorse disponibili.

La personalizzazione delle prestazioni ha origine dalla autonomia clinica degli operatori e deriva dall'esigenza affidata al medico, di individuare l'iter di ordine clinico maggiormente adeguato al bisogno e alla domanda del paziente.

La più rilevante conseguenza, sul piano organizzativo, è la difficoltà di standardizzare complessivamente, in tutte le sue componenti, il processo clinico – assistenziale, nonostante ne risultino standardizzabili

¹¹ Ruffini R., 1998, La sanità, in Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di Organizzazione Aziendale. Volume 4 – Le tipologie aziendali, Utet, Torino.

single o specifiche parti, grazie alla individuazione di alcune relazioni perfettamente conoscibili tra input ed output.

Il modello organizzativo ne risulta profondamente influenzato ed è orientato ad individuare meccanismi di integrazione e collegamento tra professionisti, che non possono ricondursi alla standardizzazione dei risultati o dei compiti.

Il livello di standardizzazione possibile, come elemento di indirizzo, integrazione e coordinamento organizzativo dell'attività medica, fa riferimento solamente alle conoscenze e alle abilità dei professionisti (Zangrandi, 1988).

La personalizzazione delle prestazioni costituisce infine l'elemento che esprime la varietà e variabilità delle attività sanitarie legate alle singole esigenze del paziente, che determina una riduzione delle possibilità di standardizzazione spingendo verso l'unicità e la difficile replicabilità della prestazione sanitaria stessa.

Una prima considerazione per un'analisi delle strutture organizzative sanitarie va fatta in relazione ai compiti e alle mansioni dell'attività medica e alla sua evoluzione nel tempo (Ruta, 1990).

Qualche anno fa, infatti, il medico riusciva a rispondere alla domanda di salute in modo artigianale, ma in forma integrata e complessiva.

Con il passare degli anni la stessa domanda di salute è stata via via soddisfatta in modo diverso con una specializzazione dell'attività medica ed una sempre maggiore parcellizzazione dei compiti e delle relative mansioni. Oggi ogni intervento sanitario, anche il più semplice, richiede livelli più o meno complessi di coordinamento tra operatori di discipline complesse.

Le strutture sanitarie si configurano, quindi, come organizzazioni fondate su una rete di rapporti di interdipendenza e di relazioni organizzative che dovrebbero rispondere ad una logica di interdisciplinarietà e di responsabilizzazione dei risultati che superano le competenze specifiche e gli ambiti di responsabilità di unità e servizi e delle singole componenti presenti (Contini, Perucci, Sacchi, 1991).

Le aziende sanitarie¹² richiedono, pertanto, modelli organizzativi diversi, che tendano a conciliare la rilevanza pubblicistica dell'attività esercitata (servizio sanitario) e gli interessi cui è preposta (tutela della salute), con l'esigenza di economicità ed efficacia della propria azione.

L'assetto strutturale tipicamente adottato dalle aziende sanitarie è generalmente di tipo funzionale, con un'aggregazione delle attività effettuata per aree omogenee di problemi, in sostanza corrispondenti alle principali aree d'intervento previste dalla normativa.

Il modello funzionale vede un'articolazione della struttura aziendale in settori/servizi, a cui sono attribuite funzioni settoriali specialistiche. I singoli settori si articolano a loro volta in unità operative che,

¹² I termini strutture e aziende sanitarie comprendono sia le Aziende Sanitarie Locali, sia le Aziende Ospedaliere, per le prime il fine istituzionale s'identifica con il soddisfacimento dei bisogni di salute della comunità locale, attraverso la produzione e l'erogazione di prestazioni e servizi con la garanzia di livelli uniformi di assistenza. Per le seconde il fine istituzionale risponde a specifici bisogni di salute, con la produzione e l'erogazione di prestazioni e di servizi ospedalieri di diagnosi e di cura.

generalmente, si compongono di un sotto insieme specialistico di funzioni, guidate da una posizione organizzativa con responsabilità dirigenziale.

L'impiego diffuso di tale tipo di configurazione strutturale si è dimostrata certamente adeguato a garantire il governo della complessità e una focalizzazione degli sforzi e degli interventi in specifici settori, anche se, tuttavia, rafforza la tendenza a spingere le strutture sanitarie verso modelli organizzativi scarsamente flessibili e sostanzialmente di tipo burocratico.

La complessità di questo tipo di organizzazioni si manifesta nella coesistenza di due principali sistemi di attività, uno professionale ed un altro amministrativo, profondamente differenziati, se non antitetici ma tuttavia legati da molteplici relazioni di interdipendenza (Olla, Pavan, 1996). L'esistenza di questi due sistemi di attività, determina la presenza di due linee di autorità, rispondenti a logiche diverse e una specificità organizzativa, riconducibile ad una configurazione di tipo professionale¹³ (Mintzberg, 1983). Questa circostanza tende a far emergere un fattore di particolare criticità, che produce una situazione di potenziale conflittualità, che si traduce talvolta in una diversa impostazione fino a contrapposizioni tra l'azione clinica, rivolta all'uso ottimale dei mezzi e delle risorse in riferimento al paziente (orientamento all'efficacia), e l'azione amministrativa tesa all'impiego economico dei mezzi e delle risorse nella gestione complessiva della organizzazione (orientamento all'efficienza)¹⁴.

Le strutture sanitarie, pur essendo estremamente eterogenee sotto molti aspetti, presentano, tuttavia, alcuni caratteri comuni, cioè un nucleo di attività che, pur con differenti gradi di complessità, sono sempre

¹³ La burocrazia professionale è un'organizzazione che si caratterizza per la presenza di due principali strutture parallele: una *professionale* incentrata sulla figura del professionista (il medico), che svolge la sua attività nel "nucleo operativo" in possesso di conoscenze specifiche, acquisite durante la formazione, dalle quali deriva l'autonomia clinica; una *amministrativa*, da parte dello "staff di supporto", riconducibile al complesso di servizi di supporto generale, all'attività svolta dal professionista e caratterizzata per un'impostazione maggiormente gerarchica.

Si affiancano la "tecnostuttura" poco sviluppata (dato che la standardizzazione si realizza all'esterno del sistema), il "vertice strategico" e la "linea intermedia" quasi inesistente (dato che non è richiesto un coordinamento mediante supervisione diretta o reciproco adattamento dell'attività svolta nel nucleo operativo che genera coordinamento sulla base della standardizzazione delle conoscenze).

Ne deriva una struttura appiattita, articolata su pochi livelli gerarchici, di cui il nucleo operativo rappresenta l'elemento principale.

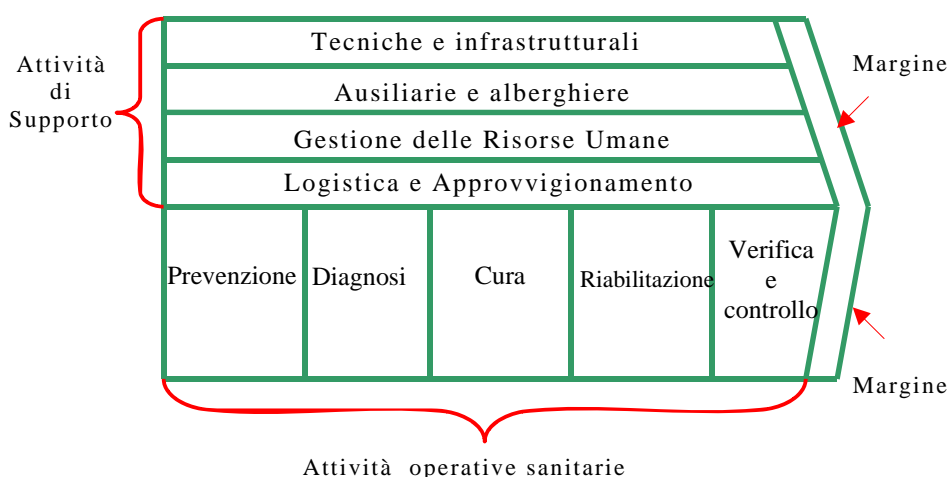
Per un approfondimento si veda Mintzberg H., *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs, 1983 (trad. it. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna).

¹⁴ Anche Maggi (1994) si sofferma sul tema della complessità organizzativa delle strutture ospedaliere osservando che alcuni autori identificano la ragione della sua esistenza nella presenza, all'interno di tali strutture, di "tre cicli funzionali: quello propriamente medico, della diagnosi e della cura, quello dell'assistenza e della custodia, e quello amministrativo" che amplificano il problema del coordinamento tra attività molto differenti per logica ed obiettivi. Lo stesso autore rileva poi che altri studiosi hanno posto l'accento "sulla difficoltà di rapporto tra azione clinica e azione amministrativa [...] e quindi sulla situazione di «dualità di controllo» delle attività che ne deriva".

presenti e finiscono quindi per costituire i tratti comuni a tutta la tipologia di strutture in esame.

Sul piano generale, nel processo complessivo delle attività tipiche di una struttura sanitaria ospedaliera è possibile distinguere un processo di attività primarie, clinico-assistenziali, e processi di attività di supporto (Fig. 8), gestionali, alberghiere e amministrative (Porter,1987).

Fig. 8 – La catena del valore di una struttura sanitaria



Le attività primarie (attività operative sanitarie) possono articolarsi in quelle rivolte alla diagnosi e quelle rivolte ai vari interventi di prevenzione, cura e di assistenza. Tali attività devono essere coordinate insieme, nello stesso tempo e per gli stessi pazienti, ma implicano diverse sfere decisionali. Il processo globale risulta pertanto dall'intreccio di numerosi processi particolari.

Le attività di supporto della catena del valore sono, invece, finalizzate a rendere possibile lo svolgimento delle attività primarie, che da esse sono alimentate e ricevono il necessario supporto manageriale e di servizio.

Le precedenti considerazioni determinano dal punto di vista organizzativo forti pressioni istituzionali che spingono verso forme organizzative, definite dalle teorie neo-istituzionaliste, isomorfiche¹⁵.

Dal punto di vista dell'assetto organizzativo, infatti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (d.lgs.vo 502/92) la struttura appare lineare e particolarmente semplificata (Fig. 9).

Il Direttore Generale costituisce il vertice strategico, nominato dalla regione, egli è responsabile della gestione complessiva e ha la rappresentanza della azienda sanitaria.

Il Direttore Generale nomina i Direttori Amministrativo e Sanitario, i quali assumono la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla

¹⁵ L'isomorfismo, viene inteso dalle teorie neoistituzionaliste come un processo vincolante che costringe una unità di una popolazione a rassomigliare alle altre unità che sono esposte alle stesse condizioni ambientali.
Hawley A., 1968, "Human Ecology", in Sills D.L. (ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences*, Macmillan, New York.

loro competenza, partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'azienda, e concorrono alla formazione delle decisioni.

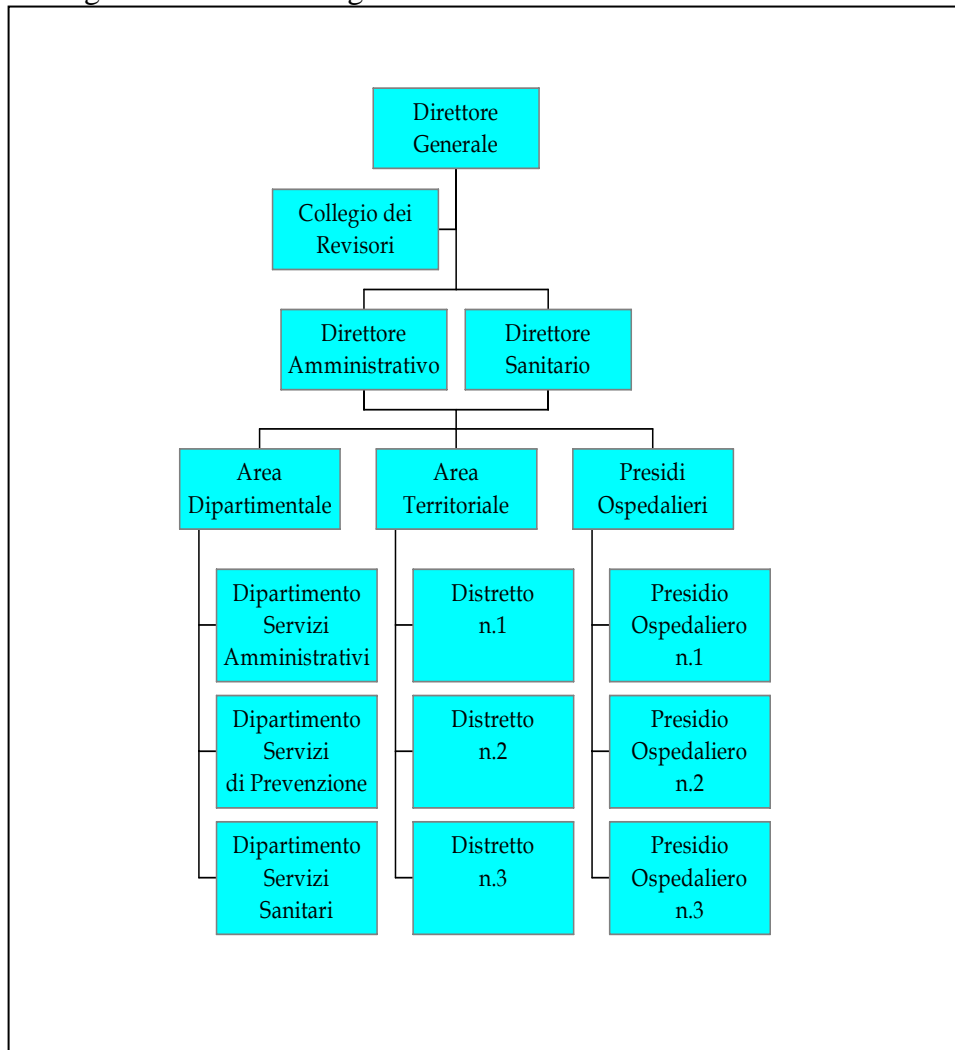
Per il governo delle attività cliniche e per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Collegio di Direzione. Tale collegio, in particolare, concorre a formulare i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per attuare l'attività libero-professionale intramuraria, nonché a valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

La composizione e l'attività del Collegio di Direzione sono disciplinati dalla Regione. E' comunque previsto che ne facciano parte il Direttore Sanitario e quello Amministrativo, i Direttori di Distretto, di Dipartimento e di Presidio.

Il Direttore Amministrativo, con la sua struttura articolata in servizi, supporta il Direttore Generale nella gestione amministrativa, finanziaria ed organizzativa, cura in qualità di responsabile dei servizi amministrativi, tutti gli aspetti connessi alla gestione contabile, alla gestione e amministrazione del personale, alle procedure di acquisto e alla predisposizione dei documenti di bilancio.

Il Direttore Sanitario, invece, dirige, indirizza e coordina l'azione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, l'azione dei Dipartimenti sanitari, nei quali si articola la propria struttura, promuovendo anche modalità innovative di offerta di servizi sanitari.

Fig. 9 – La struttura organizzativa di una Azienda Sanitaria Locale



Il dipartimento

Nel nuovo contesto in cui si trovano ad operare le aziende sanitarie, caratterizzato da più ampi margini di autonomia a disposizione del management, si pone con maggiore vigore il quesito di fondo di come far coesistere l'autonomia organizzativa di tali strutture con la logica istituzionale che, come precedentemente sottolineato, limita attraverso le regole l'insieme delle alternative di comportamento e i gradi di libertà decisionale del management nello svolgimento delle attività gestionali.

È sulla base di tale considerazione che risulta interessante analizzare una delle più rilevanti innovazioni volute dal legislatore in termini di riassetto organizzativo delle aziende sanitarie: la creazione dei Dipartimenti, come strumento di rafforzamento di gruppi, di attività omogenee culturalmente e organizzativamente aventi un fine comune.

Il Dipartimento rappresenta un'efficace espressione e modalità operativa di applicazione dei principi precedentemente esposti, ma anche un modo diverso di concepire amministrare e gestire il servizio sanitario rispetto all'impostazione tradizionali, con un diverso orientamento teso al potenziamento della collaborazione, dell'integrazione delle competenze e delle responsabilità, della valorizzazione e del coinvolgimento delle professionalità, dell'uso comune delle risorse umane, economiche e strumentali verso fini e programmi comuni.

Il Dipartimento è costituito da Unità Operative (UO) interdipendenti che per omogeneità affinità o complementarità, perseguono comuni finalità, mantenendo la propria autonomia clinico-professionale, all'interno di un comune modello gestionale ed organizzativo, al fine di rendere fluidi i percorsi diagnostico-terapeutici fornendo una risposta unica, rapida, e completa alla richiesta di prestazioni loro rivolta dagli utenti.

Le regioni in armonia con la legislazione nazionale hanno definito che rientra nell'autonomia organizzativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali, individuare quali delle discipline che afferiscono al Dipartimento debbano essere costituite in Unità Operativa o in Moduli Funzionali di Unità Operativa.

Il Dipartimento ha assunto una posizione centrale nel dibattito sull'organizzazione interna delle strutture sanitarie.

In letteratura, infatti, si riscontra una netta convergenza nell'individuare la struttura dipartimentale come soluzione per la maggior parte dei problemi di efficienza e qualità dell'attività clinica e assistenziale.

Questo diffuso clima positivo trova giustificazione anche nei risultati confortanti di esperienze estere simili. La trasformazione delle vecchie strutture ospedaliere in divisioni dipartimentalizzate, ad esempio, è la direzione seguita anche dalla Svezia per attuare il cambiamento organizzativo nel settore sanitario¹⁶.

¹⁶Tomas Ericson e Leif Melin scrivono: "Molti ospedali svedesi stanno subendo cambiamenti fondamentali (...) Un'idea generale dietro questo cambiamento è che la

L'attenzione al Dipartimento nasce dall'osservazione dei limiti dell'organizzazione ospedaliera tipica (di tipo funzionale) basata sulla creazione di unità operative e di servizi diagnostici che fanno riferimento a singole discipline. Il modello funzionale è apparso sempre meno adatto alle esigenze della medicina moderna in cui, l'elevata specializzazione delle competenze, comporta un peso economico troppo alto a causa dei costi determinati dall'esigenza di garantire un servizio sanitario integrato in grado di soddisfare pienamente il complesso bisogno di salute dei cittadini.

Secondo le linee guida dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), il Dipartimento deve essere costituito da unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.¹⁷

Sempre in tema di progettazione e di classificazione degli assetti dipartimentali, l'attenzione va posta anche sulla natura, *funzionale* o *strutturale*, che i Dipartimenti possono assumere, nonché sul tipo di potere o assetto di governo, *forte* o *debole*, ad essi delegato¹⁸.

Il Dipartimento *funzionale* non prevede la condivisione fisica degli spazi e delle risorse per le unità in esso raggruppate, caratteristica che contraddistingue, invece, il Dipartimento *strutturale*.

La contiguità spaziale delle unità accorpate, che si verifica nel Dipartimento *strutturale*, comporta certamente, un impatto maggiore sull'organizzazione, in quanto consente di gestire in comune tutte le risorse, da quelle umane, a quelle strumentali a quelle strutturali (particolarmente rilevante diviene la gestione in comune dei posti letto, delle sale d'attesa e degli spazi comuni per i pazienti).

Per quel che riguarda l'assetto di governo si parla, in generale, di Dipartimento *forte*, quando lo stesso gestisce gerarchicamente i fattori produttivi di cui dispone ed è quindi caratterizzato da precise responsabilità economiche a cui si collegano poteri e capacità di intervento sulle singole Unità Operative di cui si compone. Il Dipartimento, invece, è caratterizzato da un assetto di governo *debole* quando funge unicamente da momento di coordinamento trasversale dell'attività liberamente programmata e gestita dalle singole unità, dove

responsabilità e l'autorità per prendere certe decisioni strategiche dovessero essere decentralizzate dai ranghi più alti del management dell'ospedale ad un nuovo livello gerarchico: il dipartimento". Ericson T., Melin L., 1999, "Cambiamento strategico nelle organizzazioni ospedaliere.", *Mecosan*, n°31.

¹⁷ A.S.S.R. - Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 1997, "Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale" in "Progettare per la sanità", n°37 gennaio/febbraio 1997.

¹⁸ L'integrazione è: *fisica*, quando corrisponde alla condivisione logistica di spazi, di risorse umane e di tecnologie (in questo caso è strumento di razionalizzazione di alcuni costi fissi); *organizzativa*, quando corrisponde al coordinamento nell'utilizzo delle risorse condivisibili (anche in questo caso è strumento di razionalizzazione di alcuni costi fissi); *clinica*, quando implica il coordinamento spazio-temporale dell'atto medico sul percorso di cura del paziente (in questo caso gli effetti positivi si riflettono sulla qualità e su alcuni costi variabili collegati alla durata della degenza o del trattamento del paziente); *culturale*, quando concerne la sfera dei valori e si esprime attraverso comportamenti clinici e assistenziali uniformati, resi possibili dall'individuazione di protocolli, linee-guida e percorsi diagnostici-terapeutici condivisi. Lega F., 1999, "Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero", in *Mecosan*, n° 30 - sez. 1^a, Cergas - Università "L. Bocconi", Milano.

quindi le responsabilità economiche, come osserva Del Vecchio (1999), divengono “più sfocate e i poteri di intervento spesso si limitano alle sole risorse esplicitamente messe in comune a livello dipartimentale”.

Adottare strutture dipartimentali significa ridisegnare l'assetto organizzativo sanitario, in maniera tale da accorpate le unità che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate e ottenere una condivisione delle risorse umane, fisiche e di know-how professionale al fine di:

- migliorare il servizio all'utente;
- contenere i costi attraverso la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- favorire la sperimentazione e la ricerca clinica (attività che richiede un approccio multidisciplinare a partire da una base comune di conoscenze);
- evitare la frammentazione degli interlocutori per la direzione aziendale;
- porre rimedio alle carenze logistiche nella distribuzione degli spazi e delle attrezzature;
- impedire la iper-specializzazione disciplinare.

L'applicazione di una organizzazione per dipartimenti pone come aspetto fondamentale e preliminare, seguendo un approccio di progettazione organizzativa “bottom-up”, la definizione dei criteri di aggregazione delle attività in moduli funzionali, unità operative e dipartimenti cui consegue la successiva articolazione complessiva di una struttura sanitaria.

Da un punto di vista strettamente organizzativo, il Dipartimento rappresenta quindi una soluzione organizzativa di integrazione e di coordinamento che si basa sul criterio delle interdipendenze¹⁹.

L'attività di progettazione di una struttura organizzativa presuppone, come osservato da Thompson (1967), l'analisi delle attività da svolgere per raggiungere le finalità dell'organizzazione e l'individuazione delle relazioni di interdipendenza che legano i diversi attori del sistema; di conseguenza, “alla base di qualsiasi scelta di divisione del lavoro c'è l'individuazione di quelle situazioni di omogeneità che giustificano l'accorpamento delle attività sotto medesime responsabilità organizzative” (Cicchetti e Lomi, 2000a).

Nel caso dei dipartimenti nelle strutture sanitarie l'attività di progettazione in generale, e la scelta della modalità di accorpamento delle diverse unità in particolare, risente fortemente, come sopra evidenziato, delle pressioni esercitate dalla normativa sul tema²⁰.

¹⁹Come già precedentemente illustrato, Thompson definisce tre tipi di interdipendenza secondo un ordine di complessità crescente:

- generica, che si ha quando due unità organizzative condividono le risorse umane, finanziarie, tecnologiche e di spazio;
- sequenziale, che si ha quando tra le unità, oltre alla condivisione di risorse, vi è un flusso di lavoro unidirezionale;
- reciproca, che si ha quando il flusso di lavoro è bidirezionale.

Thompson J. D., op. cit.

²⁰ Come osservato da Bergamaschi (1999) nella definizione degli interventi di riorganizzazione organizzativa, le aziende sanitarie “risultano fortemente influenzate

Le Unità Operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e professionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e, a tal fine, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, medico- legale ed economico.

Con riferimento alle modalità di aggregazione delle unità nei dipartimenti (Zanetti, 1994; Bissoni, 1996; Lega, 1999), diversi sono i criteri che si possono seguire e, in particolare²¹:

- per intensità e gradualità delle cure - dipartimento costituito da una struttura di degenza modulata in funzione della gradualità ed intensità della cura e del tipo di intervento (dip. intensivo, dip. semi intensivo);
- per fasce di età: - dipartimento comprendente tutte le specialità necessarie per rendere “globale” l’intervento su determinati gruppi di età (dip. materno-infantile, dip. geriatrico);
- per settori nosologici: - dipartimento contenente le specialità necessarie per garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica (dip. cardiovascolare);
- per grandi aree specialistiche - dipartimento utile per ospedali di piccole dimensioni (dip. delle specialità mediche, dip. delle specialità chirurgiche);
- per organo od apparato - dipartimento indicato per grandi ospedali polispecialistici in quanto integra tutte le unità responsabili della diagnosi, cura e riabilitazione di un particolare organo od apparato (dip. cardiorespiratorio, dip. di gastroenterologia);
- aggregazione fondata sul momento dell’intervento - dipartimento fondato sul momento in cui risulta necessario l’intervento (dip. di emergenza e accettazione, dip. di riabilitazione);
- aggregazione di ogni altro tipo: dipartimenti che collegano strutture affini ed anche diverse dell’ospedale purché finalizzate ad obiettivi comuni (“residuali” - dip. di diagnostica per immagine, dip. di medicina di laboratorio ed anatomia patologica; e “trasmurali”, di raccordo tra ospedali e territorio - dip. di emergenza e accettazione)²².

dall’ambiente istituzionale di riferimento rappresentato dall’insieme delle norme e dei comportamenti dei livelli di governo superiore”. Bergamaschi M. (1999), Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie, in Spunti di riflessione per la ricerca in sanità, Mecosan, n. 30.

²¹ Particolarmente interessante risulta il lavoro di Cicchetti e Lomi (2000b) i quali proponendo tre diversi approcci, criteri secondo cui aggregare le unità in dipartimenti, ne analizzano gli impatti in termini di performance complessiva aziendale. Il primo approccio individuato, chiamato dell’*adattamento razionale*, deriva da una “partizione delle unità operative basata su criteri stabiliti in modo centralizzato dal management dell’ospedale” e il modello che ne discende nasce, quindi, “da uno sforzo progettuale conseguente ad un’analisi tecnico-economica orientata all’individuazione delle soluzioni organizzative efficienti rispetto ad un dato contesto”. Il secondo approccio, chiamato dagli autori *istituzionale*, viene fuori da una ripartizione basata “su criteri ministeriali” ed esprime la tendenza degli attori ad “assumere un quadro istituzionale fisso e unitario [...] unitamente alle regole che tale quadro suggerisce”. Il terzo approccio infine, chiamato “*dell’organizzazione emergente*” o della “costrutturazione”, induce “un raggruppamento delle unità operative sulla base della sola osservazione di relazioni concrete di scambio e interdipendenza tra le stesse – piuttosto che sulla base di prescrizioni manageriali o istituzionali”. Cfr. Cicchetti e Lomi (2000a).

²² Un’altro esempio, nella classificazione dei dipartimenti è indicato dall’ASSR (1996), che individua quattro diversi criteri per accorpate le unità in dipartimenti:

Individuati i criteri di accorpamento o aggregazione adottabili, è importante precisare che all'interno di ogni singola struttura sanitaria è possibile, ma soprattutto frequente, ritrovare dipartimenti costituiti seguendo criteri diversi; l'eterogeneità dei criteri adottati dipenderà fondamentalmente dalla complessità funzionale delle singole strutture sanitarie.

Infine, occorre evidenziare un'ultima questione, ritenuta da molti la più spinosa, in tema di progettazione dell'assetto organizzativo dipartimentale: quella della definizione dei livelli decisionali all'interno dei dipartimenti e dei relativi ruoli. Per quel che riguarda le tematiche gestionali ed organizzative²³, due sono i livelli decisionali previsti: il Direttore di Dipartimento, che ha prevalentemente un potere esecutivo e il Comitato di Dipartimento che risulta, invece, essere l'organo deliberante.

In conclusione, prescindendo dalle limitazioni previste dalla normativa sulle modalità di strutturazione dei Dipartimenti, ciò che risulta prioritario, sia nei Dipartimenti strutturali che funzionali, siano essi forti o deboli, è la previsione di una figura di Direttore di Dipartimento dotata di ampi margini di libertà nella gestione del budget assegnato e di ampi spazi di autonomia organizzativa²⁴, cui vanno associate le relative responsabilità economiche ed organizzative (Catananti et altri, 1996).

Per quel che riguarda le modalità organizzative interne al Dipartimento, occorre in primo luogo sottolineare che la principale attività di progettazione comporta l'individuazione di nuove "entità" organizzative: le Unità Operative, i Moduli, e i Gruppi operativi Interdipartimentali (Fig. 10).

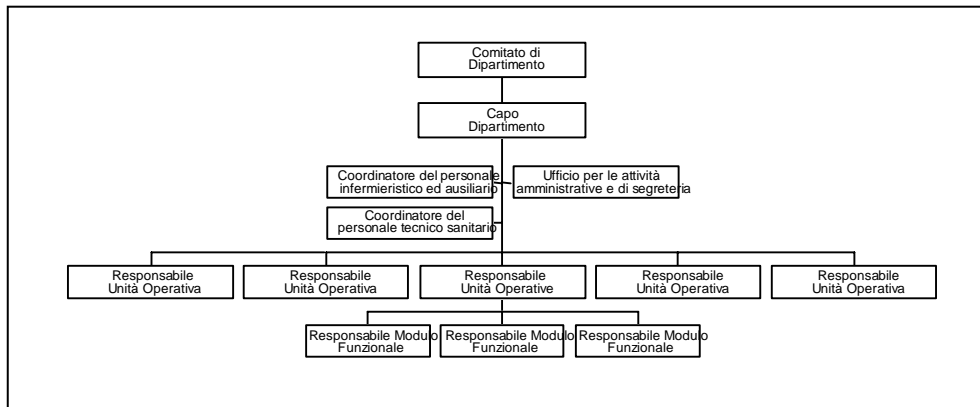
-
- aggregazione per grandi aree specialistiche: dip. di chirurgia generale e/o specialistica; dip. di medicina generale e/o specialistica; dip. di malattie infettive;
 - aggregazione per organo od apparato: dip. medico chirurgico di cardiologia; dip. medico chirurgico di neurologia;
 - aggregazione per settore nosologico: dip. di nefro-urologia; dip. di onco-ematologia;
 - aggregazione per fasce di età: dip. materno-infantile; dip. di geriatria.

²³ Le decisioni collegiali, in seno al Comitato, e l'esecuzione delle stesse da parte del Direttore di dipartimento, riguardano esclusivamente gli aspetti inerenti la gestione e l'organizzazione del dipartimento. Ciò al fine di salvaguardare e di mantenere integra l'autonomia professionale dei singoli responsabili delle unità operative, nonché l'autonomia organizzativa degli stessi, limitatamente alle unità cui sono preposti e nel rispetto delle linee di indirizzo definiti dal Comitato di dipartimento. Cfr. ASSR (1996).

²⁴ In definitiva, come afferma Rovelli (1996), l'importante è che sia chiaro quale è il ruolo del Direttore e quali sono le possibilità che ha di coordinare effettivamente l'attività operativa delle varie unità in modo che prevalga sempre una politica generale di Dipartimento e non l'interesse di singole Unità o addirittura di singoli operatori.

Rovelli P., Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista degli operatori, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 1996.

Fig. 10 – La struttura di un Dipartimento



Le Unità Operative (U.O.) nel caso delle aziende ospedaliere, ad esempio, ricalcano più o meno i tradizionali reparti con la distinzione che vi sono U.O. clinico-assistenziali - dotate di posti letto - e U.O. di servizi diagnostici o terapeutici sprovviste, invece, degli stessi.

I moduli rappresentano delle sub articolazioni delle unità operative e possono essere *organizzativi* o *funzionali*:

- il *modulo organizzativo* è un'articolazione dell'Unità Operativa dettata dalla particolarità dell'attività svolta; richiede quindi particolari competenze professionali e costituisce un ambito specifico per i contenuti medico-scientifici e tecnologici (es.: modulo di neuro-fisiopatologia nell'unità operativa di neurologia, oppure un modulo di talassemia nell'ambito dell'unità operativa di pediatria);
- il *modulo funzionale*, nasce dall'esigenza di realizzare nel Dipartimento modelli organizzativi cui possono assegnarsi responsabilità legate alla gestione/organizzazione di certe attività/funzioni (es.: ambulatorio, dayhospital) che possono interessare in modo trasversale e quindi orizzontale più unità del Dipartimento.

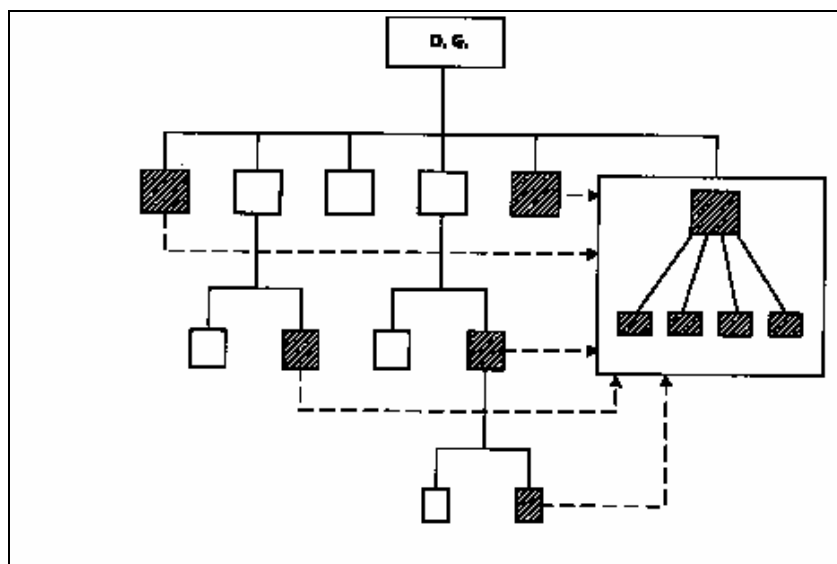
Nel caso in cui esistano delle finalità che superino quelle proprie dei singoli dipartimenti; come osservano Guzzanti ed altri (1995), il Dipartimento è “un modello organizzativo che raggruppa «verticalmente» le varie branche specialistiche, ma che deve contemporaneamente collegarsi «trasversalmente» con gli appartenenti ad altri dipartimenti per la risoluzione in comune di specifici problemi clinici ed organizzativi, per evitare l'isolamento della struttura nel suo complesso”.

Pertanto in caso di aspetti che interessano, in modo trasversale e orizzontale, più Unità Operative appartenenti a Dipartimenti diversi, o direttamente più Dipartimenti, si possono costituire dei Gruppi Operativi Interdipartimentali che possono essere (Fig. 11):

- *permanenti* (G.O.I.P.) come nel caso in cui sorga la necessità di istituire un gruppo che si occupi del controllo delle infezioni nosocomiali, o del trapianto di organi, tematiche che certamente interessano più Dipartimenti;

- *temporanei* (G.O.I.T) come nel caso in cui si costituiscono gruppi finalizzati alla risoluzione di problemi specifici in tempi relativamente brevi, con l'obiettivo di individuare soluzioni clinico-organizzative utili per l'organizzazione nel suo complesso (come ad esempio i gruppi per la definizione dei protocolli per le pratiche di laboratorio, o quelli per la dimissione protetta domiciliare post-partum).

Fig. 11 – La struttura dei G.O.I.P. e dei G.O.I.T.



Tali organi richiamano le categorie delle task-force e dei task-team e si sovrappongono alla sociostruttura aziendale di base per risolvere le interdipendenze residue che con le aggregazioni operate nella definizione della struttura organizzativa di base non trovano soluzione (Franco, 2000).

La task-force è un gruppo che si costituisce ed esiste finché sussiste il problema cui è chiamato a dare una risposta, il task-team, invece, dura nel tempo riunendo i componenti di diverse unità al fine di analizzare i risvolti e l'impatto di determinate tematiche sulle diverse aree aziendali. I GOIP e i GOIT sono unità pensate per collegare trasversalmente i confini interni tra funzioni tradizionali, ma possono, a volte, superare anche i confini aziendali, portando alla creazione di gruppi di lavoro interaziendali.

Allo stato attuale, nella maggior parte dei casi, il Dipartimento favorisce più la condivisione e la cooperazione nell'utilizzo delle risorse tecnologiche, di spazio e infermieristiche non specializzate e meno il collegamento processuale delle attività sul paziente, soprattutto per uno scarso coordinamento e integrazione tra i Dipartimenti.

Sembra, quindi, che le aziende frequentemente, nell'esigenza di trovare legittimazione istituzionale, abbiano adottato modelli dipartimentali improntati più alla razionalizzazione economica che alla riduzione della "settorializzazione" delle attività cliniche.

Con questo ruolo, il Dipartimento può incidere positivamente sui costi

fissi dell'azienda sanitaria razionalizzando gli spazi logistici e la dotazione tecnologica e di personale condivisibile e, contemporaneamente, eliminare i vincoli strutturali della specializzazione settoriale attraverso un'organizzazione per gruppi di lavoro trasversali ad uno o più dipartimenti, cui gli stessi gruppi si appoggiano per svolgere l'attività operativa.

Le difficoltà incontrate nell'integrazione organizzativa dipartimentale sono quindi legate, prevalentemente, alla messa in discussione del grado di autonomia dei singoli responsabili delle u.o., degli equilibri di potere e dei conseguenti poteri di controllo sulle risorse. L'interdipendenza e l'integrazione delle varie unità costituisce, nel sentire dei professionisti medici, un vincolo sostanziale all'autonomia così come precedentemente intesa.

Occorre allora, sviluppare nei professionisti la convinzione che la limitazione del proprio potere permetterà un aumento del potere di gruppo, e di conseguenza un aumento del proprio, e che il cedere risorse implica trovare sinergie che restituiranno le stesse risorse incrementate.

Il Dipartimento non rinnega l'autonomia, l'indipendenza e la responsabilità del singolo ma ne delimita la portata, perché obbliga ad un comune codice di comportamento clinico- assistenziale, alla gestione comune delle risorse umane e strumentali, alla realizzazione di forme di coordinamento e standardizzazione di modalità operative.

In conclusione, si è convinti che un modello organizzativo reticolare interno, fondato sul Dipartimento accompagnato da una funzione di integrazione e coordinamento dei gruppi di lavoro, sia in grado di conservare i vantaggi del modello dipartimentale tradizionale, recuperando sia la centralità del paziente, sia quella del professionista, e di trasformare la configurazione di una struttura sanitaria da *burocrazia professionale* a *adhocrazia*²⁵.

²⁵ L'adhocrazia è una delle cinque configurazioni organizzative fondamentali ipotizzate dal Mintzberg che si caratterizza nell'essere articolata in costellazioni di lavoro, nel presentare un'elevata differenziazione orizzontale (con conseguente decentramento del potere) a fronte di una bassa differenziazione verticale, nell'avere un basso grado di formalizzazione e una grande flessibilità e capacità di risposta. Mintzberg H., (1983) op. cit..

Bibliografia

- Achard P. O., (1999), "Economia e organizzazione delle imprese sanitarie", Franco Angeli, Milano.
- Achard P.O., Fontana F.(a cura di), (2000), Economia e direzione delle aziende sanitarie. Luci e ombre a cinque anni dalla riforma , Franco Angeli, Milano.
- ASSR (1996), Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale; proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere, Rapporto del gruppo di lavoro sui Dipartimenti, Roma, 30 gennaio.
- Bandini F., (1999), La gestione del personale nelle aziende sanitarie, in Spunti di riflessione per la ricerca in sanità, Mecosan, n. 30.
- Bergamaschi M. (1999), Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie, in Spunti di riflessione per la ricerca in sanità, Mecosan, n. 30.
- Bissoni G., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 6 maggio.
- Bondonio D., Cestari R., (1994), Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero, in Organizzazione Sanitaria, n. 2.
- Bonetti G., (1997), Il ruolo del dipartimento nell'organizzazione dei servizi sanitari, in Organizzazione Sanitaria, n. 5.
- Bonti M.C., (1992), L'USL: criticità di alcuni aspetti organizzativi, in Azienda Pubblica, n.3.
- Borgonovi E. (a cura di), (1990), Il controllo economico nelle aziende sanitarie, Egea, Milano.
- Borgonovi E., Cavenago D., Zangrandi A., Burani G., Fiorentini G., Vaccani R., (1988), L'organizzazione dell'ospedale, McGraw-Hill, Milano.
- Braghetto I., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 6 maggio.
- Caccia C., Longo F., (1994), L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico, in Mecosan, n.10.
- Campana C., (1986), L'organizzazione interna dell'ospedale: dipartimenti e servizi sanitari, in L'ospedale, n. 1-2.
- Catananti O., (1995), Medico e manager: una conciliazione possibile?, in L'arco di Giano, N.7
- Catananti O., et Altri (1996), La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero, in Spisanti S., (a cura di), Contributi per una gestione manageriale della sanità, I quaderni di Mecosan, supplemento al n. 18.
- Cicchetti A., Lomi A., (2000a), Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero, in Sviluppo & Organizzazione, n. 180, Luglio/Agosto.
- Cicchetti A., Lomi A., (2000b), Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario, in Atti del Workshop di Organizzazione Aziendale, Bologna, 4 Febbraio.

Contini F., Perucci B., Sacchi A., (1991), *Cultura organizzativa e processo di cambiamento nelle unità sanitarie locali: presentazione di un'esperienza formativa*, in *Studi organizzativi*, n.1.

Corradini A., (1997), *I modelli organizzativi per le aziende U.S.L.: tradizione ed innovazione*, in *Mecosan*, n. 20.

Coser R., (1958), *Authority and decision-making in a hospital*, in *American Sociological Review*, n. 23.

Crozier M., Friedberg E., (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, trad. it. (1978), *Attore sociale e sistema*, Etas Libri, Milano.

D'Anna R., (2004), *Caratteri e problemi di progettazione della struttura organizzativa*, Giappichelli, Torino.

D'ari R., (1996), *Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista del Ministero della Sanità*, in *Atti del Convegno: li Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.

De Simone S., (2000), *Organizzazione e qualità nella gestione delle Aziende Sanitarie*, Anello, Napoli.

Defa I., Burattini R., et Altri, (2000), *Ruolo del direttore di dipartimento, come sostenere il cambiamento?*, in *De Sanitate*, Marzo.

Del Vecchio M., (2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in *Mecosan*, n. 33.

Del Vecchio M., Longo F., (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.l.vo n.502/92*, in *Mecosan*, n.6.

de Vita P., (2000), *I confini dell'azione organizzativa*, in Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.

Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), (2000), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano.

Franco M., (1991), *I piccoli gruppi strutturati*, Giappichelli, Torino.

Franco M., (2000), *L'analisi organizzativa: il gruppo*, in Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.

Franco M., Adinolfi P., De Simone S., (2001), *Efficienza e flessibilità nelle reti: un'indagine sul sistema sanitario italiano*, in *atti del 2° Workshop dei Docenti e Ricercatori di Organizzazione Aziendale sul tema "Flessibilità & Performance"*, Padova.

Friedson E., (1970), *Professional Dominance: The social structure of medical care*, Atherton Press, New York.

Fusaroli P., (1999), *Il Dipartimento chirurgico nel presidio ospedaliero di Ravenna*, in *Mecosan*, n. 30.

Gaia E., Poncini D., (1999), *Dipartimenti ospedalieri: realtà e prospettive*, Edizioni Minerva Medica, Torino.

Galbraith J. R., (1973), *Designing Complex Organizations*, Addison Wesley, New York.

Gerloff E.A., (1985), *Organizational Theory and Design*, Mc-Graw-Hill, New York. Trad. it., 1989, *Strategie organizzative*, Mc-Graw-Hill, Milano.

Grandori A., (1999), *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino, Bologna.

Grandori A., (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna.

- Greenwood R., Hinings C.R., (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism, in *Academy of Management Review*, n. 21, 4.
- Guerra G., (1992), *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*, NIS, Roma.
- Guzzanti E., Mazzeo M.C., et Altri, (1995), I dipartimenti e le aree funzionali omogenee nella riorganizzazione ospedaliera, in *Notizie Sigo*, Marzo.
- Hawley A., (1968), Human Ecology, in David L. Sills (ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences*, Macmillan, New York.
- Heydebrand W., (1973), *Hospital Bureaucracy. A comparative Study of Organizations*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Isotta F., (2003), (a cura di), *Organizzazione aziendale*, Cedam, Padova.
- Lega F., (1999), Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del Dipartimento ospedaliero, in *Mecosan*, n. 30.
- Lo Martire G., (1998), *L'azienda sanità*, Franco Angeli, Milano.
- Maggi B., (1989), L'organizzazione dei servizi sanitari, in *Sviluppo e Organizzazione*, n.115.
- Maggi B., (1994), L'organizzazione dei Servizi Sanitari, in *Organizzazione Sanitaria*, n. 2.
- Mastrilli F., (1996), Struttura ed organizzazione funzionale del Dipartimento ospedaliero: la proposta dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.
- Meyer J., Rowan B., (1977), Institutionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony, in *American Journal of Sociology*, n. 83.
- Mercurio R., Testa F., (2000), *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.
- Mintzberg H., (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Trad. it., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985.
- Morgagni S., (1999), *Finanziamento e management del Dipartimento ospedaliero*:
- Olla G., Pavan A., (1996), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.
- Perrow O. (1972), The Relationship between Administrative Activities and Hospital Performance, in *Administrative Science Quarterly*, n. 17, September.
- Perrow O., (1965), Hospitals: Technology, structure and goals, in March J. (ed), *Handbook of organizations*, Rand McNally, Chicago,
- Pesaresi F., (1996), Il dipartimento ospedaliero nelle Marche, in *ASI*, n.38.
- Porter M., (1987), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni Comunità, Milano.
- Powell W.W., Di Maggio P., (editors), (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago, Chicago.
- Profili S., Sammarra A., (2000), *Gli strumenti di incentivazione finanziaria come meccanismo di coordinamento dell'attività medica*, in atti del 1° Workshop dei Docenti e Ricercatori di Organizzazione

Aziendale sul tema "Le sfide organizzative di fine/inizio secolo", Bologna.

Provera F., (1994), Il dipartimento come modello innovativo di organizzazione e sviluppo dell'ospedale, in Atti del Convegno: Il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera, Ospedale Fatebenefratelli, Milano.

Regione Campania, (1998), Piano Ospedaliero Regionale per il triennio 1997-99, Bollettino Ufficiale della Regione Campania, 10 marzo.

Renga G., Ripa F., (1996), Presupposti funzionali e operativi del dipartimento, in Gaia E., Poncini D., Il Dipartimento Ospedaliero, Edizioni Minerva Medica, Torino.

Ricciarelli G., (1998), Le strutture dipartimentali nelle aziende ospedaliere", in Atti del Convegno Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie, Luci e ombre, prospettive a cinque anni dalle riforme, Roma.

Rovelli P., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista degli operatori, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli.

Ruffini R., (1996a), La sanità, in Costa G., Nacamulli R.C.D., (a cura di), Manuale di Organizzazione Aziendale, Vol. 5, Utet, Torino.

Ruffini R., (1996b), Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, in Mecosan, n.18.

Ruta O., (1990), Atto medico e paziente tra processo patologico e processo produttivo, in Economia & Management, Volume 16.

Saccomanno M., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli.

Smith A., 1776, An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations. Trad. it. Indagine sulla natura e le cause della ricchezza delle nazioni, Isedi, Milano, 1973.

Tanese A., (1999), Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie, in Mecosan, n.29.

Thompson J. D., 1967, Organizations in Action, McGraw-Hill, New York. Trad. it., , L'azione organizzativa, Isedi, Torino, 1988.

Verme G., (1995), La scelta ed i risultati del modello organizzativo DSG, in Atti del

Verme G., Rosina F., Visconti F., (1997), Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico, in Mecosan, n. 21.

Veronesi E., (1995), Economia ed etica per la gestione manageriale della sanità, in L'arco di Giano, n.7, 1995.

Zanetti M., (1994), Il dipartimento come nuova modalità organizzativa, in Atti del Convegno: il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera, Ospedale Fatebenefratelli, Milano.