



## PRINCIPI SULL'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA SOCIO-SANITARIA PUBBLICA

Giovanni Serpelloni <sup>1)</sup>, Elisabetta Simeoni <sup>2)</sup>

1. Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

2. UPM (Unità di Project Management) - Dipartimento delle Dipendenze - Azienda ULSS 20 Verona

### INTRODUZIONE

Le strutture sanitarie pubbliche (aziende ULS, Aziende ospedaliere, dipartimenti o unità organizzative, ecc.) sono insiemi molto complessi da governare soprattutto per i compiti particolarmente impegnativi che ne derivano dal fatto di non avere come ultimo fine il profitto ma la salute delle persone. Come tutte le strutture produttive complesse esse devono poter contare su una organizzazione efficiente e nel contempo in grado di assicurare una buona efficacia rispondendo alla necessità di prestazioni ed utilizzando razionalmente le risorse assegnate.

Nelle organizzazioni che si occupano di sanità pubblica sono molte le complessità aggiunte essendo tali organizzazioni di solito di grandi dimensioni, molto eterogenee, con norme e regolamenti amministrativi fortemente vincolanti, con inerzie quasi centenarie che rallentano qualsiasi processo di cambiamento oltre al fatto che la mission principale di una azienda di questo tipo (produrre risultati tangibili di salute) spesso viene messa in secondo piano per concentrarsi (come risultato autoreferenziale) sulla conformità alle regole e alle procedure, indipendentemente dal risultato sul cliente, o sull'efficienza interna dei processi dimenticando, l'efficienza allocativa esterna e cioè se quanto fatto è realmente in grado di soddisfare un bisogno.

L'organizzazione però non può essere vista avulsa dall'ambiente in cui opera e per poter funzionare bene necessita soprattutto di una buona definizione della sua struttura e delle sue regole che devono essere conosciute da tutti gli operatori oltre che condivise e rispettate. Tutto questo senza cadere nel tecnicismo e nell'efficientismo fine a se stesso, ricordando soprattutto che le organizzazioni sanitarie sono fatte da persone e non solo da procedure, gerarchie e costi.

Con il termine organizzazione si definisce in generale il complesso delle modalità secondo le quali viene in una azienda/unità operativa sanitaria effettuata la divisione del lavoro tra i vari

operatori o servizi, attribuendo compiti distinti con identificazione precisa delle responsabilità. Si realizza quindi un coordinamento fra tali compagini che operano condividendo regole e processi con una finalità produttiva.

Gli indirizzi su cui fondare la definizione e la realizzazione di una organizzazione sanitaria possono essere molti. In questo articolo tratteremo alcune linee portanti delle moderne impostazioni in un approccio di tipo sistemico contingente ben consapevoli che ne esistono altri che il lettore potrà in seguito approfondire.

## LA DEFINIZIONE DI AZIENDA SANITARIA

L'Azienda sociosanitaria (ASL) può essere definita in molti modi a seconda dei punti di vista e delle scuole di pensiero. Noi utilizzeremo delle definizioni semplici finalizzate a far comprendere che cosa si intenda per ASL soprattutto da un punto di vista organizzativo.

Con il termine ASL si intende un insieme ordinato di risorse (umane, finanziarie, tecnologiche) organizzato per raggiungere obiettivi di salute. Questo insieme è definito da tre fondamentali caratteristiche che lo rendono per l'appunto "azienda":

1. La durabilità nel tempo;
2. L'unitarietà delle sue componenti che si riconoscono in finalità comuni;
3. L'autonomia cioè la capacità di sopravvivenza nel lungo periodo senza ricorso patologico a terze autonomie.

L'ASL è un'organizzazione inserita in un ambiente di riferimento laddove acquisisce risorse (input) e sul quale opera restituendo prestazioni (output). L'ASL viene anche definita un "sistema socio tecnico" fatto di relazioni umane, efficienza e produttività, che ha un comportamento concreto, trasforma beni aggiungendo valore, crea utilità e se crea reddito, si definisce impresa.

Una definizione estremamente pertinente ma forse è un po' criptica per i non addetti ai lavori è quella che definisce l'ASL, "l'ordine economico di un istituto".

L'ASL infatti è l'organizzazione di un "istituto" che viene visto come un insieme di "persone e di mezzi accomunati e finalizzati alla realizzazione di precisi scopi/fini. Questi scopi devono essere comuni, leciti e duraturi nel tempo. Una caratteristica non rinunciabile per poter definire una organizzazione "azienda" è che vi sia una promozione, una trasformazione ad un consumo di beni e servizi da parte di un cliente esterno.

Sotto questo punto di vista l'ASL viene vista quindi come uno strumento per realizzare un fine molto preciso ed è quindi un sistema finalistico, aperto, a componenti miste sia di tipo tecnologico che umano/comportamentale. Si definisce sistema "aperto" perché realizza scambi di risorse, persone, informazioni e accetta con l'ambiente esterno risorse finalizzate alla sua sopravvivenza.

La Azienda può essere vista anche come sistema di operazioni/processi fatto di parti tra loro interdipendenti.

L'azienda quindi può essere vista come "organizzazione" nel momento in cui ci sono "componenti relazionanti" poste in condizione di interdipendenza, con una finalità comune che è quella di raggiungere un "risultato" e quando queste interdipendenze ed attività sono durature nel tempo.

L'Azienda utilizza dei fattori in ingresso (input), che sono le risorse e i vari fattori produttivi necessari, per produrre i risultati (output). La struttura interna di una azienda viene definita da tre fondamentali componenti:

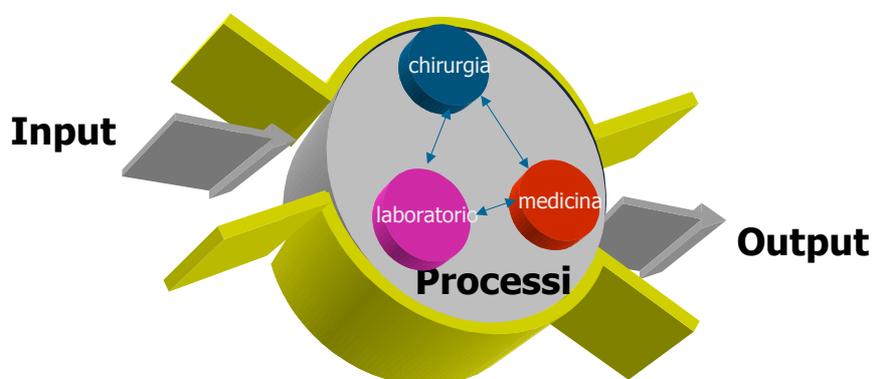
1. *la struttura organizzativa*: cioè i ruoli ufficiali e le relazioni esistenti;
2. *le regole/meccanismi operativi*: cioè i processi e le procedure di decisione, i supporti gestionali e tecnologici utilizzati per il governo della azienda, ecc.;



### 3. i comportamenti e la distribuzione del potere organizzativo all'interno dell'azienda e nelle varie U.O..

Questi aspetti verranno sviluppati in seguito, analizzando le varie componenti e il loro ruolo all'interno del sistema generale.

**Fig. 1: Rappresentazione schematica dell'azienda**



## LA GERARCHIA DEGLI OBIETTIVI

Le aziende socio sanitarie fanno parte di un sistema molto ampio e cioè quello regionale. All'interno delle ASL si articolano vari dipartimenti nei quali ci sono le unità operative composte molto spesso da gruppi di lavoro. All'interno di questi gruppi operano i singoli individui/operatori. Risulta evidente che per poter funzionare una organizzazione così complessa ha bisogno di un forte "allineamento degli obiettivi" e di un agire comune verso un fine riconosciuto come valido da tutte le componenti.

L'allineamento degli obiettivi presuppone però che vi sia anche una "gerarchia" riconosciuta degli obiettivi stessi. In altre parole è necessario che i singoli individui tengano conto "a cascata" delle indicazioni che gli organismi deputati alla programmazione strategica generale, danno alle direzioni delle aziende sanitarie e queste alle loro unità organizzative interne. Questo meccanismo è tutt'altro che scontato e deve essere ben presente all'interno dei singoli operatori e dei vari responsabili dirigenti le unità organizzative.

Molto spesso, specialmente nel campo delle tossicodipendenze, si è assistito infatti ad una forte "autonomia d'azione" dei singoli individui che perseguivano più che altro, obiettivi del tutto personali e molto poco integrati con la linea strategica generale dell'azienda, del Dipartimento e anche a volte dello stesso Sert.

La tabella successiva presenta in maniera molto schematica la gerarchia degli obiettivi di cui bisogna che ogni individuo partecipante all'organizzazione aziendale tenga conto nella ridefinizione e nell'allineamento dei "propri" obiettivi.

**Tab. 1: Gerarchia degli obiettivi**

N	OBIETTIVO	N	OBIETTIVO
1	STRATEGIE E PROGRAMMAZIONE REGIONALE	5	OBIETTIVI DEI DIPARTIMENTI
2	FINALITÀ DELL'ORGANIZZAZIONE	6	OBIETTIVI DELLE UNITÀ OPERATIVE
3	MISSIONE DELL'ORGANIZZAZIONE	7	OBIETTIVI DEL GRUPPO
4	OBIETTIVI DELL'ORGANIZZAZIONE	8	OBIETTIVI DI PERFORMANCE INDIVIDUALE

## LA FINALITÀ

In estrema sintesi potremmo definire che la finalità generale di una ASL è quella di proteggere e promuovere la salute dei cittadini, con la maggior qualità tecnica possibile, ottenendo una buona soddisfazione del cliente, al minor costo.

Le tre principali finalità di una ASL sono:

1. produrre "utilità" attraverso trasformazioni fisico tecniche delle risorse;
2. produrre un risultato "economico", cioè aggiungere favore alle risorse impiegate;
3. produrre "prodotti" per soddisfare la domanda.

I fattori influenzanti le finalità della azienda possono essere diversi ed in particolare il suo assetto formale, i vincoli normativi e soprattutto i "stakeholders" e cioè i portatori di interessi tra cui i clienti, gli amministratori, i politici, i sindacati, i gruppi di pressione eccetera. Tali aspetti due aspetti sono in grado di condizionare e determinare le finalità istituzionali la cui interpretazione da origine alla cosiddetta "mission" e cioè "la scelta, il contenuto, l'identità" in grado di condizionare le strategie e le tattiche aziendali.

Gli stakeholders possono essere di diverso tipo ed avere diverso peso nel condizionare il comportamento dell'organizzazione attraverso una influenza sul "General Management". Essi rappresentano una delle variabili ambientali più importanti di cui la moderna organizzazione deve tener conto nello strutturare ed articolare la propria offerta.

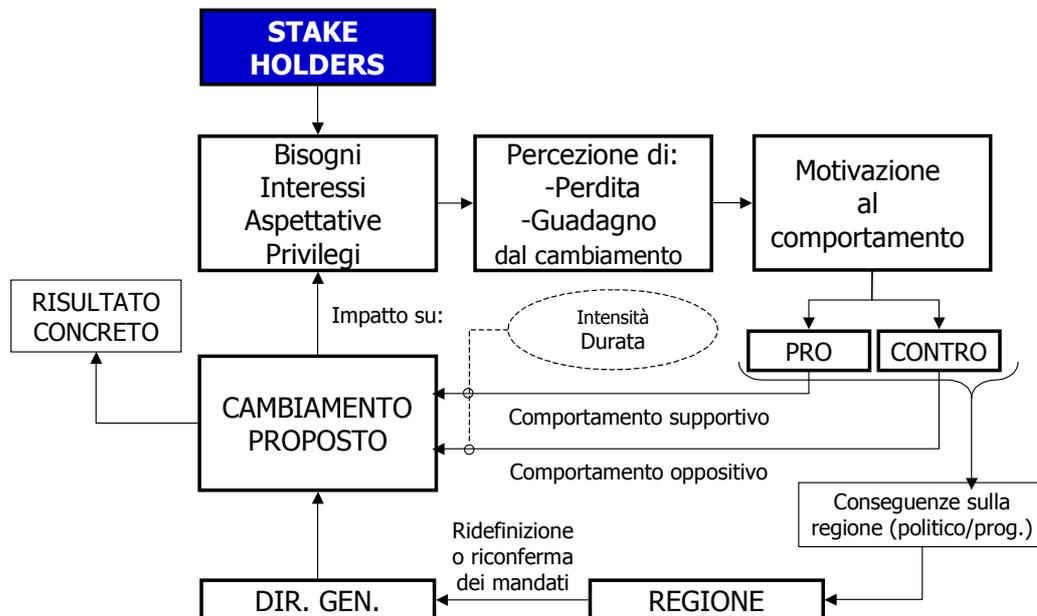
Devono essere considerati stakeholders tutti i soggetti sociali ed istituzionali che sono portatori di interessi di natura diversa ed agiscono con ruoli, diversi nei confronti dell'organizzazione (Azienda) influenzando gli orientamenti stessi dell'azienda.



**Fig. 2: Principali tipologie di stakeholders**



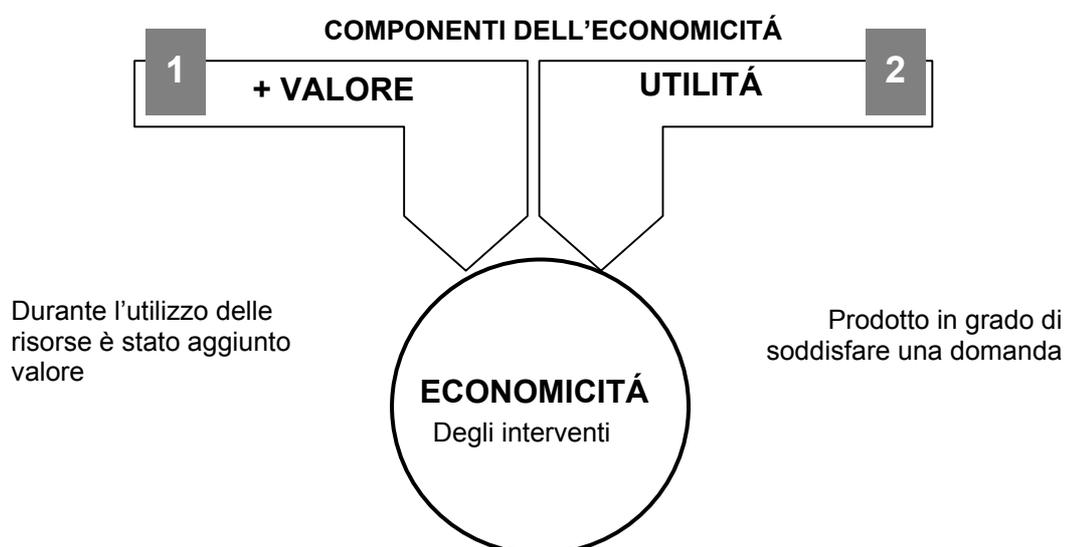
**Fig.3: Stakeholders e meccanismi di governo**



## IL CONCETTO DI ECONOMICITÀ

Al concetto di Azienda sociosanitaria è sempre collegato anche il concetto di “economicità” (M. Bergamaschi, 2000). Con tale termine correttamente si intende il grado di una organizzazione di soddisfare i propri fini. Poco quindi a che fare con un concetto eminentemente di tipo finanziario che di solito viene in via esclusiva correlato a tale termine. Il termine economicità può essere inteso anche come il grado di capacità di una Azienda di produrre salute al minor costo con la maggior soddisfazione del cliente. Risulta chiaro che il concetto di economicità degli interventi si fonda sulla presenza di due criteri contemporanei: il “valore aggiunto” e “l'utilità”. Con il primo termine si deve intendere che durante l'utilizzo delle risorse per la produzione dell'intervento è stato aggiunto “valore”. Con il secondo termine si deve intendere che un prodotto di una azienda è “utile” quando è in grado di soddisfare una domanda.

Fig. 4: Il concetto di economicità



## LA VISIONE SISTEMICA

L'evoluzione delle teorie sulla struttura organizzativa, dal settore militare a quello industriale fino al terziario hanno coinvolto, in questo continuo processo anche strutture pubbliche di servizio. Da qui in poi focalizzeremo la nostra attenzione sulla struttura organizzativa aziendale pubblica, secondo una *visione sistemica* (G. Rebola 1998).

L'evoluzione delle teorie organizzative ha portato al superamento di regole univoche di corretta organizzazione, dimostrandosi fuorviante stabilire schemi e regole fisse nella teorizzazione e progettazione di una struttura organizzativa aziendale. In altre parole non è pensabile che una volta individuato una organizzazione efficiente in una azienda si possa, con rigore scientifico, portare la stessa organizzazione in un'altra azienda pensando di ottenere gli stessi risultati. E' chiaro infatti che le variabilità del contesto interno ed esterno sono in grado di condizionare fortemente l'organizzazione e la necessità di adottare alcune particolari forme di lavoro e coordinamento (magari dimostratesi inefficienti in altri contesti) e non altre (dimostratesi invece molto efficienti in altri tipi di contesti ma che non funzionano nel nostro).



Seconda la visione sistemica, un criterio di base che determina il buon funzionamento dell'organizzazione è la presenza di una forte coerenza interna tra i vari sistemi in essa presenti ed una coerenza esterna con l'ambiente in cui opera, di cui è assoggettata alle regole, provvedendo inoltre (come funzione primaria) alla soddisfazioni dei bisogni.

La lettura quindi della struttura organizzativa aziendale deve sempre tener presente la coerenza delle variabili e degli elementi organizzativi, prima di tutto tra loro, e successivamente con la situazione ambientale interna all'organizzazione ed esterna all'ambiente.

Per la descrizione più dettagliata dell'azienda sanitaria si rimanda anche all'articolo sul budget operativo.

Stando al criterio di coerenza non possiamo prescindere quindi dal considerare che le scelte in termini organizzativi dipendono fortemente dalla situazione interna esistente in azienda, (o unità operativa nel nostro caso), dall'ambiente esterno in cui si trova ad operare la stessa struttura e nell'ambito del quale si svolgono tutti i processi.

La visione dell'azienda socio-sanitaria pubblica, non è univoca e molte sono le interpretazioni e gli orientamenti (T. Burns, G. M. Stalker 1961). Operando una riduzione drastica delle varie visioni, con una operazione senz'altro riduzionista, possiamo ricondurre le visioni a due macrotipologie prevalenti: una "meccanicistica" e una "sistemica contingente".

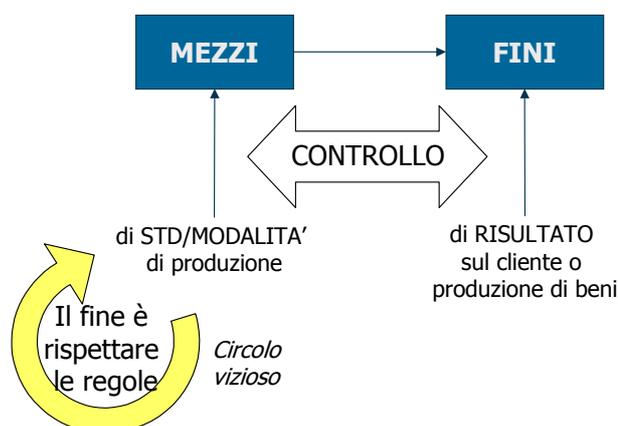
## VISIONI MECCANICISTICHE

Queste visioni traggono origine dalle teorie di Taylor (organizzazione scientifica del lavoro) e di Weber (organizzazione burocratica) che tra il 1900 e il 1940 influenzarono enormemente le aziende pubbliche e private nello strutturare le loro organizzazioni interne.

In questa visione viene posta maggior attenzione alle strutture e alla "procedure" e non su chi fa le cose e ai loro comportamenti. Secondo queste impostazioni si ritiene che i risultati siano sempre e solo in funzione delle risorse con una attenzione centrata quindi sull'efficienza. In altre parole l'azienda è "funzione" dell'azienda, vista quindi come organizzazione autoreferenziale e dove la ricerca della coerenza avviene attraverso le regole interne fissate in modo specifico e dettagliato al fine di raggiungere l'efficienza. Uno degli effetti collaterali dell'approccio burocratico è la comparsa nel tempo di "circoli viziosi" con trasposizione dei "mezzi" (cioè le regole burocratiche) per raggiungere i risultati ed assicurare conformità ed omologazione di trattamento al cliente che diventano "fini". In altre parole il rispetto della regola è fine a se stesso e non all'ottenimento del risultato, creando quindi una "deriva burocratica" che cristallizza l'organizzazione che non si adatta con le sue regole al variare del contesto esterno.

In questa visione per intervenire sugli output si agisce prevalentemente sulle risorse.

**Fig. 5: La trasposizione dei mezzi in fini nel modello burocratico**



## VISIONE SISTEMICA CONTINGENTE (ORGANICA)

Diversa invece è la visione sistemica contingente, elaborata da vari autori tra il 1950 e il 1960. L'attenzione viene centrata sugli "uomini" e sul contesto esterno, una particolare attenzione viene dedicata anche ai processi produttivi. I risultati vengono quindi messi in relazione (e sono funzione) del comportamento professionale del team. In questa visione l'attenzione è centrata soprattutto sull'efficacia e sull'utilità del prodotto e, cosa importantissima, l'azienda e in funzione dell'ambiente. Dall'ambiente infatti l'azienda riceve le risorse (input) e all'ambiente dovrebbe restituire gli output a soddisfacimento di bisogni reali. Dall'ambiente inoltre riceve sollecitazioni e pressioni che determinano l'orientamento strategico e le conseguenti scelte organizzative.

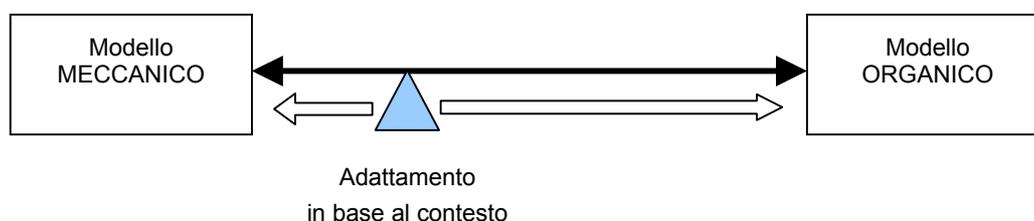
Questo concetto fa sì che l'organizzazione sia eteroreferenziale e non più autoreferenziale (centrata cioè sulla sua efficienza) ma fortemente orientata, oltre alla ricerca dell'efficienza interna come mezzo e non come fine, anche alla ricerca della coerenza con l'ambiente esterno. Questa coerenza con l'ambiente esterno si concretizza quindi in una ricerca dell'utilità che qualche autore definisce anche "efficienza allocativa" e cioè la capacità di rispondere ai bisogni dei propri clienti. In questa visione per intervenire sull'output si ritiene opportuno agire sul comportamento delle persone più che sulle risorse.

Questa visione, sicuramente più condivisibile, basa quindi il suo orientamento su tre caposaldi:

1. *approccio processuale*: centrato quindi sull'analisi e l'ottimizzazione dei processi;
2. *visione sistemica*: dove si considera l'azienda sanitaria come un sistema socio-tecnico aperto, con superamento delle regole univoche, e forte ricerca della coerenza interna ed esterna;
3. *approccio contingente*: con un adeguamento dell'organizzazione al contesto esterno ed alle situazioni ambientali.

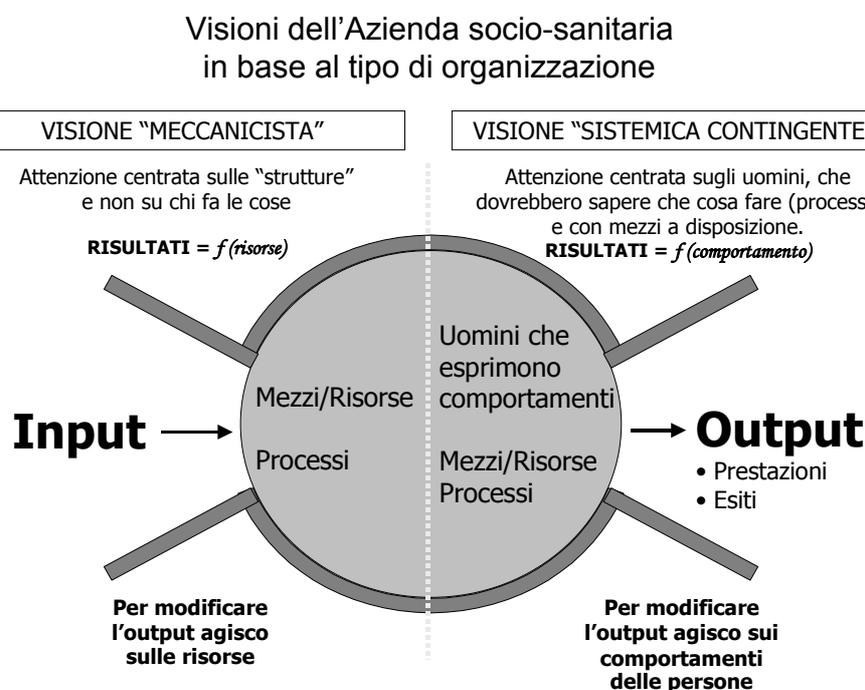
Per non incorrere in rigidità concettuali va ricordato comunque che l'approccio organico e quello meccanico non sono contrapposti ma possono essere considerati estremi di un continuo che si adattano rispettivamente a contesti in cambiamento o ad un contesto stabile. In certe situazioni quindi sarà più opportuno un approccio meccanico ed in altre un approccio organico. Tutto questo in relazione al contesto ambientale esterno e alla maturità dell'organizzazione.

**Fig. 6.: Adattamento dei modelli in base al contesto**





**Fig. 7: Le diverse visioni dell'ambiente interno**



La tabella successiva riporta le principali differenze tra i due tipi di modelli organizzativi in analisi.

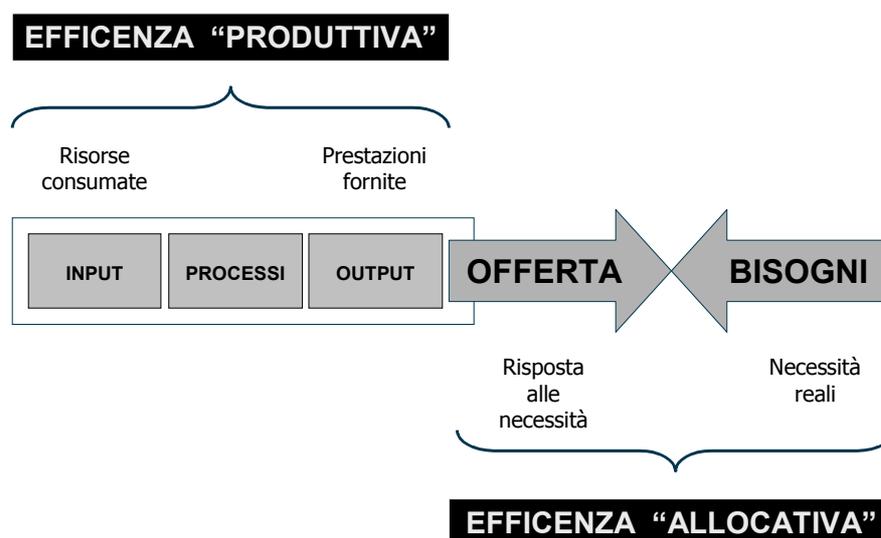
Molte altre teorie sono state formulate in questi anni da vari autori e scuole di pensiero: scuola delle relazioni umane (Mayo – 1940, McGregor – 1960), teoria della dipendenza dalle risorse (Pfeffer e Salancik – 1978), teoria del Management strategico (Chander – 1962, Porter – 1980), teoria della population ecology – (Hanna e Freeman – 1980), teoria istituzionalista (Meyer e Scott – 1985), teoria dei costi di transazione (Williamson – 1979), la teoria dell'agenzia (Eisenhardt – 1989) e altre nuove teorie come degli stakeholders, della learning organization ecc.. Tutto questo è stato trattato ampiamente in una ricca pubblicazione a cui si rimanda, per eventuali approfondimenti, di G. Costa R. Nacamulli "Manuale di Organizzazione aziendale", UTET 1996.

**Tab. 2: Principali differenze tra il modello meccanico ed organico**

CARATTERISTICHE	MODELLO MECCANICO	MODELLO ORGANICO
Caratteristica principale della teoria	"Universalità" del modello, rigidità dei modelli	Contingente, flessibilità
Azienda come:	Sistema chiuso	Sistema aperto
Tipo di organizzazione	Statica	Dinamica
Orientamento e ricerca della coerenza	Autoreferenziale, orientamento al rispetto delle regole interne – coerenza interna	Eteroreferenziale, orientamento al risultato – coerenza esterna
Risposta ai contesti	Risponde bene ai contesti stabili	Risponde bene ai contesti instabili
Flessibilità	Bassa	Alta
Visione dei compiti	Astratta	Più reale → dinamica
Problemi ed obiettivi dell'azienda	Maggior specializzazione di tipo funzionale	Specializzazione polifunzionale
"Tensione" degli specialisti	Perseguire il miglioramento dei mezzi e dei metodi	Tensione al miglioramento sugli obiettivi (compartecipazione)
Definizione dei compiti	In maniera certa e chiara, alta formalizzazione	Non particolare definizione dei compiti con necessità di maggior confronto, collaborazione e relazione, scarsa formalizzazione
Gerarchia	Importante	Non rilevante
Dipendenza dal vertice	Forte	Meno forte con decentramento e parcellizzazione delle responsabilità
Norme e regole di obbedienza	Presenti e formali	Informali e di gruppo
Posizione nella struttura	Gerarchia formale	Leadership
Grado di sicurezza percepito dall'operatore	Alto	Basso
Forma di controllo prevalente	Sul rispetto delle regole	Sui risultati



**Fig. 8: Efficienza produttiva ed efficienza allocativa.**



## IL "SISTEMA" AZIENDA: AMBIENTE ESTERNO E RELAZIONI

L'insieme dei processi sviluppati da parte dell'azienda socio-sanitaria vengono a loro volta condizionati da influenze esterne provenienti dall'ambiente circostante. Di questo ambiente si possono dare diverse letture a seconda della metodologia utilizzata e delle finalità dell'indagine. Per una analisi valida delle problematiche, dei bisogni e delle dinamiche del contesto si dovrebbe quindi utilizzare più punti di vista come riportato dalla tabella a seguire.

Il contesto esterno dove è inserita l'organizzazione può essere più o meno stabile e questo è dovuto a delle caratteristiche proprie dell'ambiente che può presentare frequentemente degli eventi eccezionali con una marcata non prevedibilità.

Qualora fossimo in presenza di un ambiente esterno *stabile*, probabilmente la modalità organizzativa più opportuna è quella di tipo *meccanico* mentre nel caso di un contesto *instabile*, con eccezioni e non prevedibilità, il modello organizzativo più opportuno è quello *contingente*, quindi fortemente interattivo e dotato di una organizzazione flessibile che ben si adatti all'ambiente in cui si deve operare.

Si comprende pertanto come ambiente ed organizzazione stabiliscano tra loro un rapporto di interdipendenza continua, dove l'uno è condizionato dall'altro. Potremo quindi individuare una terza variabile che entra in gioco e cioè il *tempo*, di cui è necessario tener conto e pertanto, dal punto di vista organizzativo, potremo parlare di un modello "dinamico" come più opportuno ed adeguato per consentire una maggiore flessibilità.

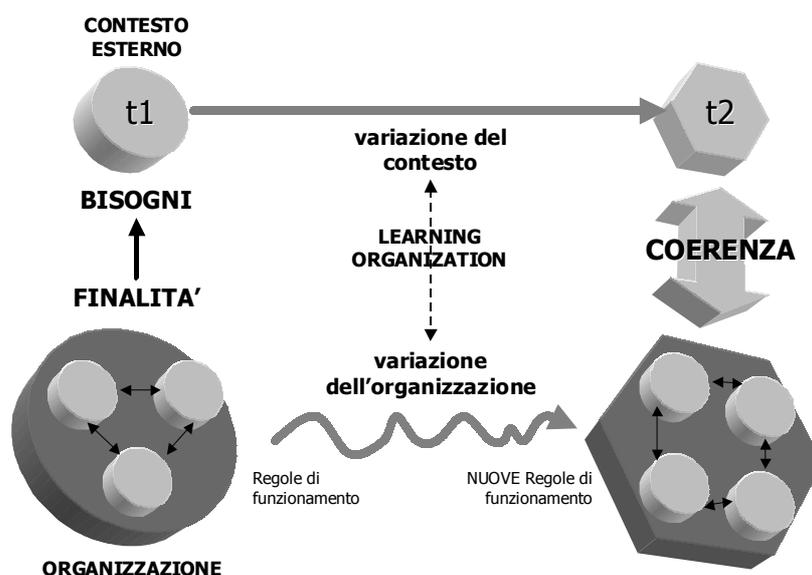
In un modello dinamico l'organizzazione e quindi il contesto interno, si adegua alle variazioni del contesto esterno nel tempo.

Alla variazione del contesto e quindi dei bisogni, dovrà quindi poter seguire una variazione dell'organizzazione che fissa nuove regole di funzionamento riportando, secondo la teoria contingente, "coerenza" tra le caratteristiche interne dell'organizzazione con le caratteristiche del sistema del contesto esterno.

**Tab. 3: Le diverse letture dell'ambiente**

TIPO DI LETTURA	PRINCIPALI OGGETTI DI ANALISI
SOCIOLOGICA	Caratteristiche generali della popolazione e delle macrodinamiche sociali in termini di fenomeni e processi sociali, le relazioni e le norme (linguaggi, convenzioni, costumi, riti, leggi ecc.), gli aggregati e le strutture (gruppi, famiglie, classi, istituzioni ecc.), i ruoli e i fenomeni che la relazione tra gli individui produce (status, poteri, conflitti ecc.).
EPIDEMIOLOGICA	Quantificazione dei bisogni sanitari in termini di incidenza e prevalenza delle varie patologie e della popolazione a rischio, distribuzione delle malattie in gruppi di popolazione, cause di una malattia e fattori collegati a essa da un rapporto di causa-effetto.
ETNOGRAFICA/LOGICA	Costumi, tradizioni, credenze, comportamenti e regole sociali, le culture materiali dei gruppi e l'arte, le forme di organizzazione sociale dei diversi gruppi umani.
DEMOSCOPICA	Orientamenti e pareri della pubblica opinione, grado di soddisfazione generale.
DEMOGRAFICA	Stato e movimento della popolazione, caratteristiche della popolazione, i mutamenti dovuti alla natalità, alla fertilità, alla mortalità, alle migrazioni Il rapporto tra popolazione e processi sociali, economici, politici.
POLITICA	I sistemi di potere formale, le rappresentanze, le aspettative dei gruppi portatori di interessi, gli equilibri di potere.
ECONOMICA	L'uso delle risorse e le attività produttive, la produzione, la distribuzione, lo scambio e il consumo di beni e servizi, il modo in cui individui, gruppi, imprese e governi cercano di raggiungere in modo efficace l'obiettivo economico che si sono prefissati.
ANTROPOLOGIA CULTURALE	Le culture e le forme di organizzazione sociale dei diversi gruppi sociali, i costumi, le tradizioni e la struttura delle società.

**Fig. 9: Il modello Dinamico dell'organizzazione che si adegua alle variazioni del contesto nel tempo**



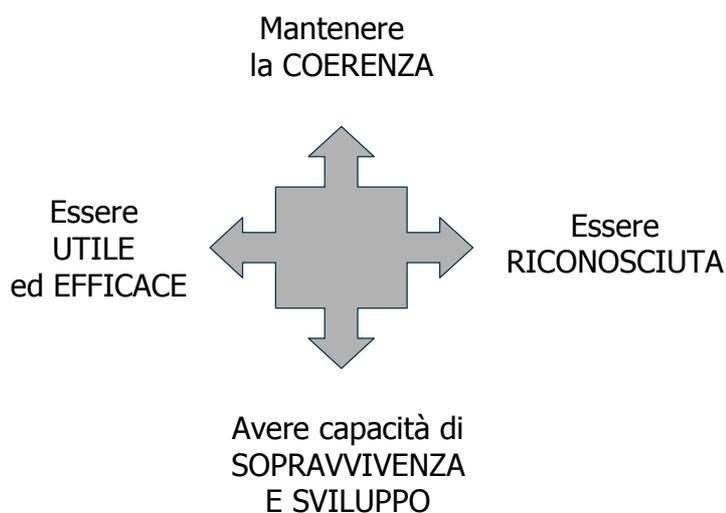


## FATTORI DETERMINANTI PER IL SUCCESSO DI UNA AZIENDA SANITARIA

Come tutte le aziende anche l'azienda sanitaria pubblica deve avere come obiettivo il perseguimento del successo. I principali fattori determinanti il successo dell'organizzazione sono:

1. Essere realmente utile ed efficace ed essere percepita come tale dal singolo e dalla comunità in cui è inserita.
2. Mantenere la coerenza con i mandati istituzionali (norme, regolamenti, indirizzi, obiettivi assegnati, ecc.).
3. Avere un riconoscimento positivo interno ed esterno assicurandosi una buona immagine esterna ed interna, un credito "efficace" ed una soddisfazione degli stakeholders.
4. Avere capacità di sopravvivenza e sviluppo tramite un contenimento della spesa (pareggio di bilancio), la capacità di rispondere alle opposizioni, risolvere problemi organizzativi, avere risorse a disposizione per le attività routinarie e per l'innovazione, unitarietà dello staff e continuità.

**Fig. 10: Principali fattori determinanti il successo**



Le tre dimensioni del successo, in un moderno modello imprenditoriale, sono: il successo economico, sociale e competitivo (inteso come qualità). Le specifiche di queste tre fondamentali dimensioni vengono riportate nella tabella successiva.

**Tab. 4: Le dimensioni del successo di un'azienda sanitaria pubblica**

N.	DIMENSIONE	SPECIFICHE
1	Economica	Pareggio di bilancio
2	Sociale	Aumento e mantenimento della motivazione del personale

		<p>interno (mantenere il "motore" produttivo umano).                  Creare e mantenere il credito politico.                  Creare e mantenere la stima sociale generale e dei clienti.</p>
3	Competitivo	<p>Aumento della cattura della domanda, come indicatore proxy della qualità delle prestazioni offerte, della soddisfazione dei clienti e del credito/riconoscimento raggiunto presso la popolazione.                  Aumento dell'area di "mercato"</p>

### VARIABILI PER LA LETTURA SISTEMICA

Abbiamo avuto già modo di dire come, l'evoluzione delle teorie organizzative abbia portato al superamento di regole univoche di corretta organizzazione, mentre la nuova logica poggia su una visione di coerenza tra le variabili e gli elementi organizzativi e tra gli stessi con la situazione ambientale, tanto esterna quanto interna alla struttura.

Le variabili alle quali dobbiamo riferirci sono diverse e di diversa natura, inerenti tanto l'aspetto l'umano e di comportamento del personale e quanto ad esempio all'aspetto tecnologico. Possiamo quindi comprendere quanto in realtà l'individuazione di un modello organizzativo unico da applicare sistematicamente a qualsiasi struttura, pertanto socio sanitaria non trovi possibilità di applicazione, in virtù dell'intolleranza nel far coincidere elementi molto diversi tra loro.

La tabella successiva riporta in sintesi la classificazione delle principali variabili per la lettura sistemica delle organizzazioni sanitarie (sintesi da G. Reborà 1998).

**Tab. 5: Variabili per la lettura sistemica dell'organizzazione**

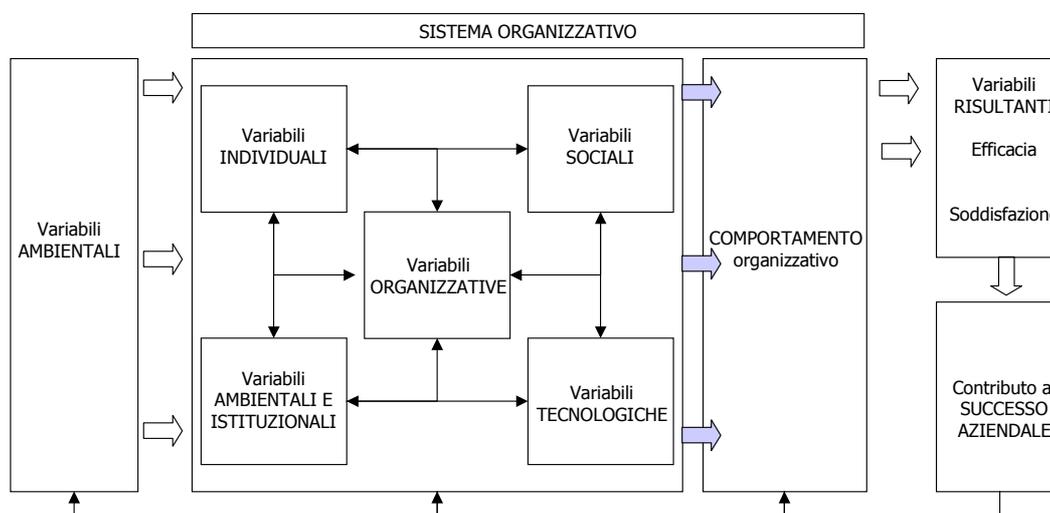
N	TIPO DI VARIABILE	SPECIFICHE
1	Variabili individuali	<p>Caratteristiche professionali individuali degli operatori.                      Atteggiamenti e motivazioni verso il lavoro.                      Modalità di percezione dei fenomeni.                      Modalità di assunzione delle decisioni.                      Modalità di reazione alle circostanze insoddisfacenti.</p>
2	Variabili sociali	<p>Relazioni tra i membri del sistema organizzativo.                      Tipologia dei gruppi di lavoro e motivazioni alla loro creazione.                      Modalità di decisione ed operative dei gruppi.                      Tipologia ed intensità della pressione del gruppo sui singoli.                      Grado di collaborazione/confitto inter ed intragruppo.</p>
3	Variabili tecnologiche	<p>Tipi di macchine, impianti ed attrezzature usate.                      Modalità di svolgimento del lavoro utilizzate.                      Tipi di tecniche applicate (trasformazioni fisiche, comunicazioni, calcoli).                      Rigidità e complessità delle tecniche.</p>
4	Variabili ambientali ed istituzionali	<p>Legislazione del lavoro.                      Assetto e modo di operare dei sindacati.                      Livelli retributivi correnti sul mercato.                      Competenze tecniche e professionali disponibili.                      Componenti aziendali.                      Assetto giuridico.                      Strategia di sviluppo dell'azienda.</p>



5	<p>Variabili organizzative:  <i>Struttura organizzativa</i>  <i>Meccanismi e sistemi operativi, meccanismi di coordinamento</i>  <i>Cultura e potere organizzativi</i></p>	<p>In realtà le scelte tipo di organizzazione da adottare all'interno dell'Azienda Socio-Sanitaria si giocano, in misura notevole, all'interno di quest'ultima categoria di variabili. Per questo si parla di aspetto organizzativo a tre dimensioni.</p> <p><i>Struttura organizzativa:</i> Articolazione formale delle responsabilità, la gerarchia rappresentata attraverso l'organigramma (rappresentazione delle responsabilità "organizzative") e il piano dei centri di responsabilità (definizione delle responsabilità "economiche").</p> <p><i>Meccanismi operativi:</i> regole formali di funzionamento dell'organizzazione.</p> <p><i>Sistemi operativi:</i> sistemi informativi/comunicazione, sistemi di budget, sistemi di valutazione.</p> <p><i>Meccanismi di coordinamento:</i> supervisione diretta, adattamento reciproco, standardizzazione dei processi e delle conoscenze, piani e programmi, ruoli di coordinamento (progetto, budget, riunioni, gruppi di lavoro,) come meccanismi formali.</p> <p><i>Cultura e potere organizzativi:</i> relazioni informali, alcuni rapporti e consuetudini condizionanti l'organizzazione in modo informale ma efficace</p>
---	--	---

La figura successiva riporta in forma grafica la relazione esistente tra le varie variabili, definendo un modello di riferimento semplice e facilmente comprensibile.

**Fig. 11: Il sistema e le variabili organizzative (da G. Rebora 1998 modificato da G. Serpelloni)**



Di seguito riportiamo alcuni schemi riassuntivi relativamente alla variazione della struttura organizzativa in base all'ambiente con la differenziazione che può essere messa in atto passando, e adattando così l'organizzazione al contesto esterno, da una struttura organizzativa semplice ad una "funzionale" fino alla "divisionale". Successivamente vengono messe in relazione con la variabilità ambientale anche le forme di controllo prevalenti e i processi decisionali. Tutto questo per far meglio comprendere il concetto di "flessibilità" organizzativa e di adattamento al contesto dell'azienda.

Fig. 12: Variazione della struttura organizzativa in base all'ambiente

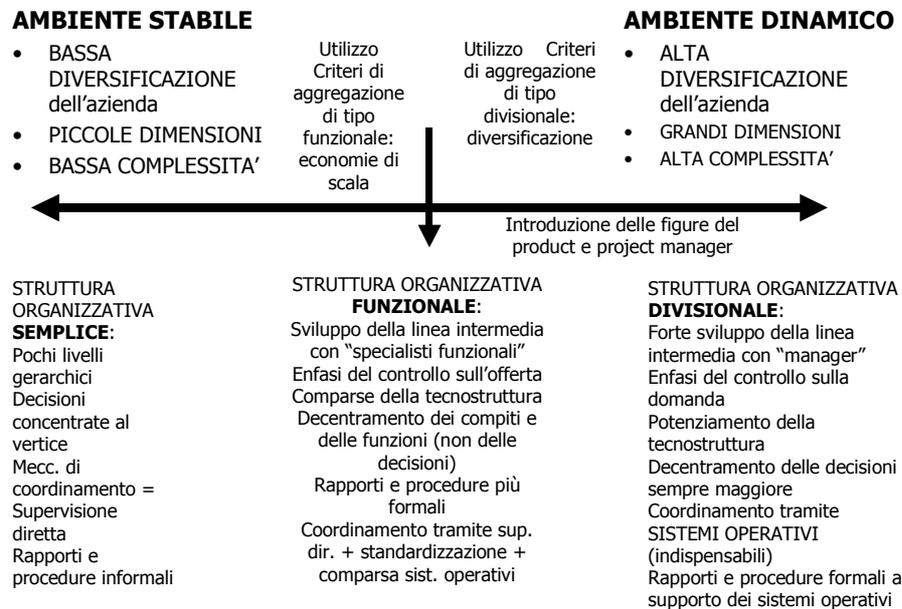
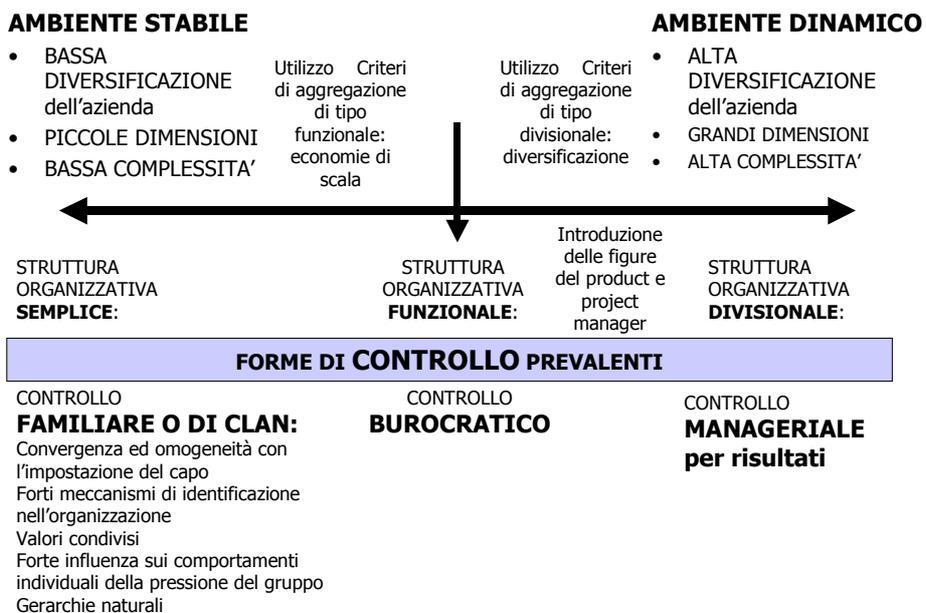
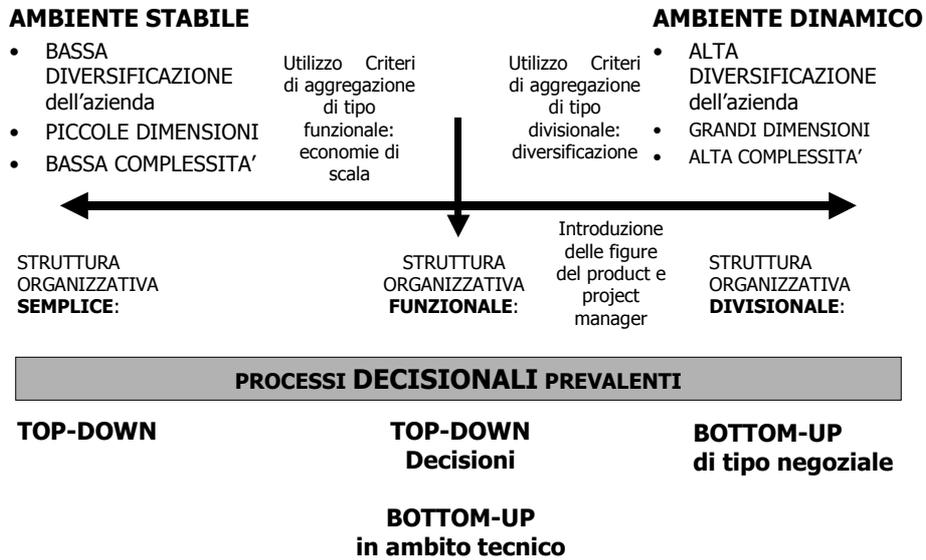


Fig. 13: Variazione delle forme di controllo della struttura organizzativa in base all'ambiente

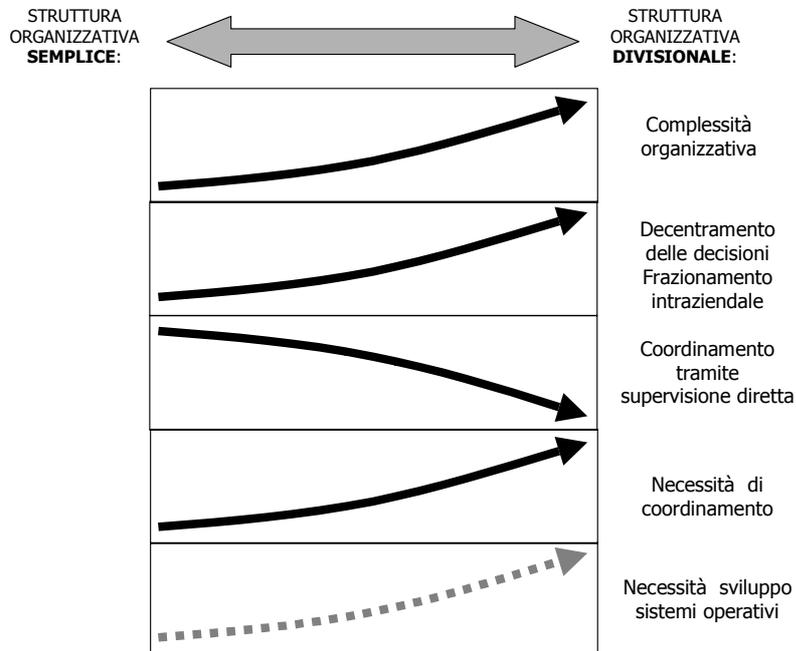




**Fig. 14: Variazione delle forme di controllo della struttura organizzativa in base all'ambiente**



**Fig. 15**



## I CINQUE MECCANISMI DI COORDINAMENTO

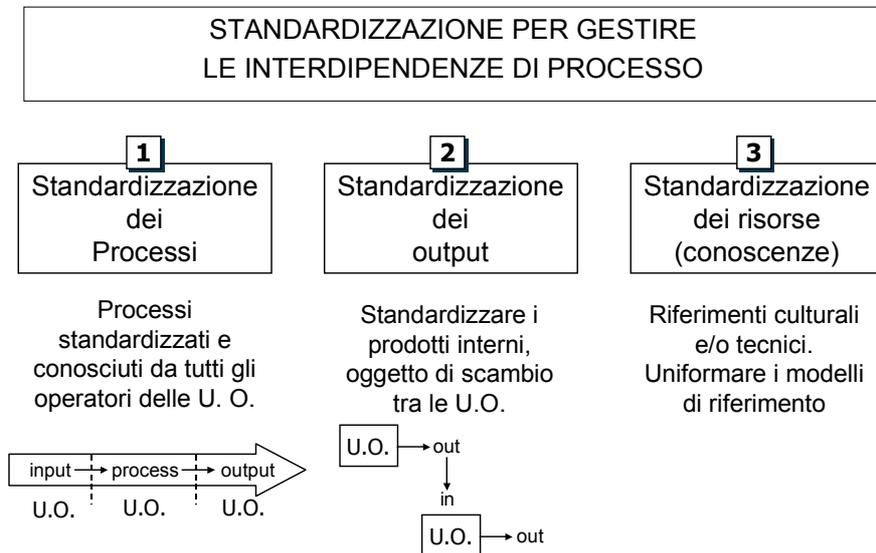
I meccanismi di coordinamento, sono processi relativi e finalizzati al mantenimento della coerenza e alla complementarietà dei comportamenti delle diverse unità organizzative. La tabella successiva riporta in sintesi i 5 tipi di meccanismi con le relative specifiche.

**Tab. 6: I cinque meccanismi di coordinamento**

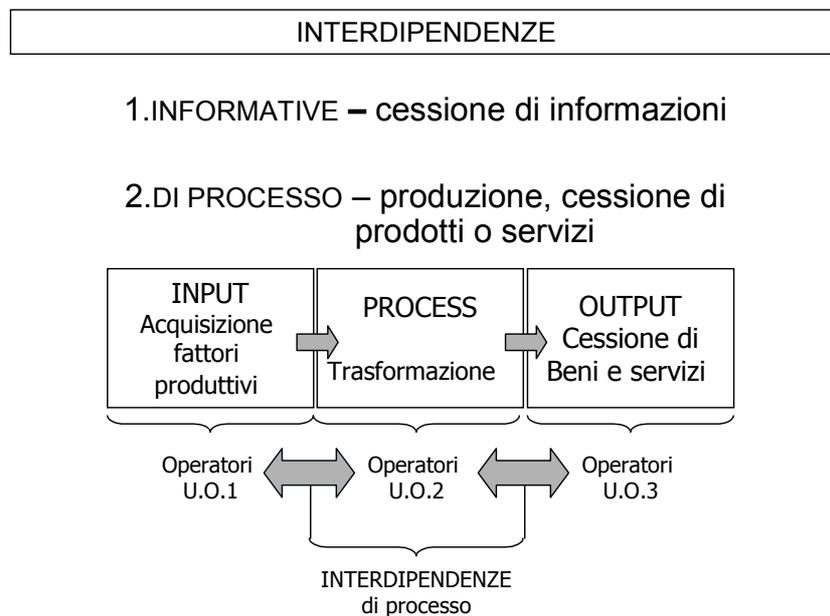
MECCANISMO DI COORDINAMENTO	SPECIFICHE
Supervisione diretta	Consiste in un supporto diretto all'operatore da parte del dirigente con un controllo e direzione costante di solito al fine di "inizializzare" nuovi entrati o attività particolarmente importanti o complesse. La esercita il responsabile attraverso un rapporto gerarchico intelligente. Il rapporto di sovraordinazione è utilizzato con autorevolezza, supervisione costante e partecipata alle attività dell'operatore.
Adattamento reciproco	Tolleranza reciproca e convivenza armonica, con rispetto e sensibilità, che vengono fissati in routine informali di lavoro.
Standardizzazione di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• processi</li> <li>• output</li> <li>• conoscenze</li> </ul>	<p>La standardizzazione può riguardare i principali processi, i prodotti da realizzare ma soprattutto le conoscenze.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. standardizzazione dei processi conosciuti da tutti gli operatori delle U.O. mediante BPR. Molto importante per gestire correttamente le interdipendenze tra vari processi e tra varie U.O.;</li> <li>2. standardizzazione dei prodotti "interni", oggetti di scambio tra le varie U.O. La standardizzazione degli output tra U.O è una forma di coordinamento interno all'Azienda che crea una specie di "Mercato Interno" all'Azienda;</li> <li>3. standardizzazione delle conoscenze e dei modelli culturali di intervento (riferimenti culturali e/o tecnici). Questo aspetto è fondamentale soprattutto per la sanità pubblica ed è senz'altro il meccanismo più efficace nel creare un reale ed efficace coordinamento degli operatori. Esso avviene infatti attraverso un allineamento dei modelli culturali e dei riferimenti scientifici di riferimento;</li> </ol>
Piani e programmi	Avviene attraverso la definizione di obiettivi comuni con una programmazione del lavoro e dei comportamenti. Si attua in particolare quando l'attività è difficilmente standardizzabile, quando c'è un ambiente esterno dinamico e poco prevedibile.
Ruoli di coordinamento	Avviene tramite l'Assegnazione di ruoli identificando delle specifiche figure di integrazione e coordinamento (anche con posizione sovra ordinata) Rientra in questa tipologia anche la creazione di Gruppi di lavoro coordinati e di Comitati.



**Fig. 16: La standardizzazione come meccanismi di coordinamento**



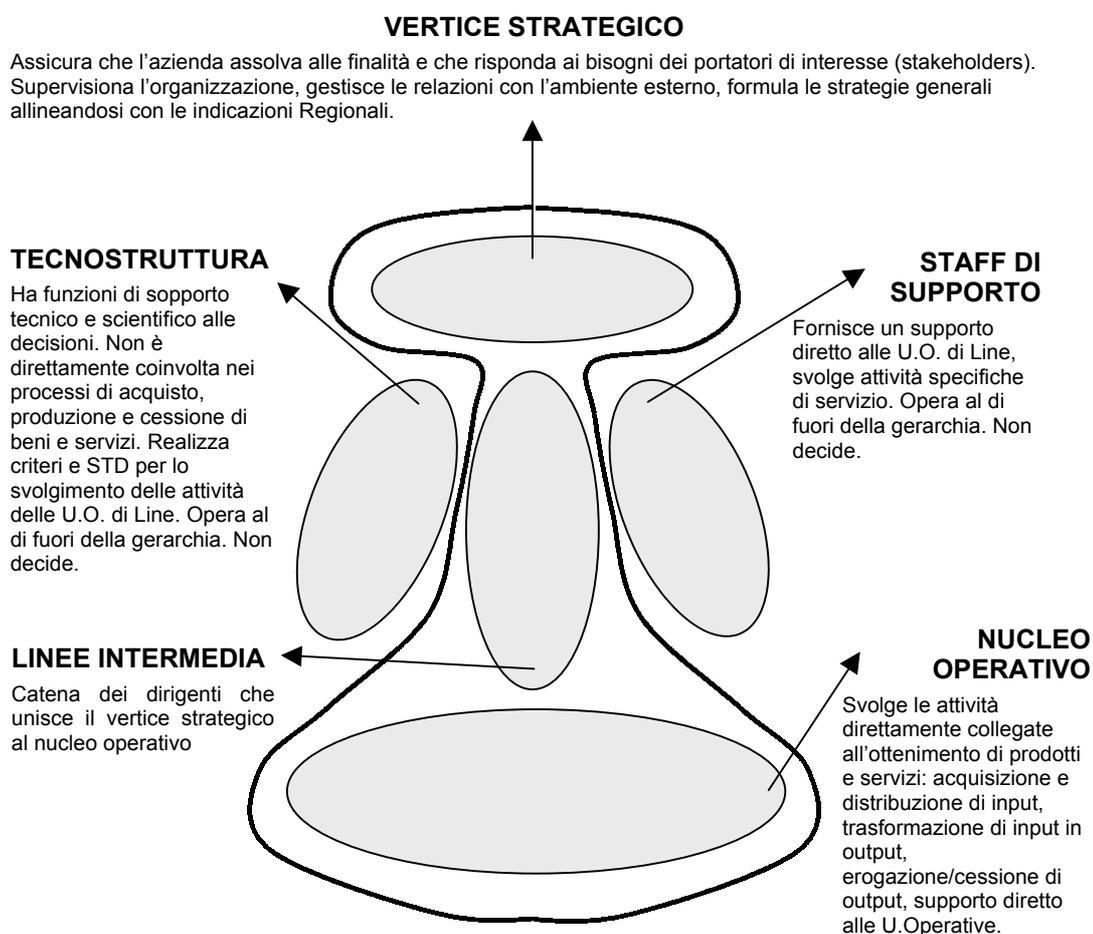
**Fig. 17: Principali tipi di interdipendenze tra attività e tra U.O.**



## LE CINQUE PARTI DELL'ORGANIZZAZIONE

Henry Mintzberg ha teorizzato un interessante modello di struttura organizzativa aziendale che definisce cinque componenti fondamentali dell'azienda: il vertice strategico, la tecnostuttura, lo staff di supporto, la linea intermedia il nucleo operativo. La figura successiva riporta questi concetti in forma schematica.

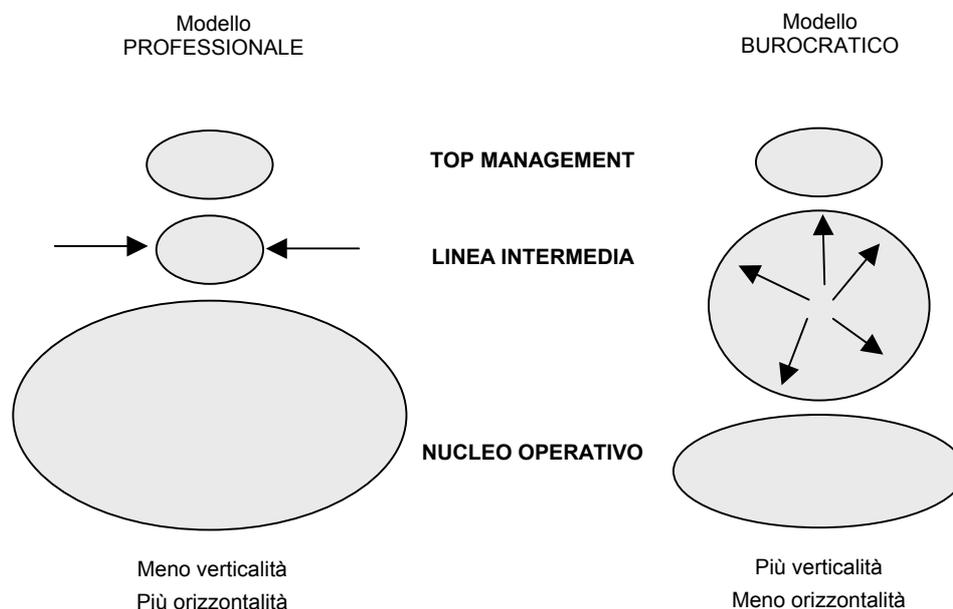
**Fig.18: Struttura organizzativa aziendale secondo Henry Mintzberg**



La struttura può assumere conformazioni diverse a seconda anche della scelta del modello generale (Burocratico o Professionale) che la direzione fa, con espansione o contrazione delle strutture intermedie e produttive. Per l'approfondimento di questi aspetti si rimanda all'articolo specifico.



**Fig.19: Diverse conformazioni in base al modello organizzativo**



## CONCLUSIONI

Come si sarà compreso, le teorie e i modelli culturali di riferimento, relativamente all'organizzazione aziendale, hanno una loro complessità. Tale complessità aumenta in ragione del fatto che ci troviamo di fronte ad aziende che non hanno come fine il profitto e il produrre beni semplici che il cliente (più o meno convinto) compra, ma esse hanno un fine molto più complesso che è la salute dei cittadini. Per fare questo l'organizzazione di base che una azienda deve possedere per poter funzionare, non è particolarmente diversa da quella di una normale azienda di servizi, salvo il fatto che la posta in gioco è molto più importante e delicata. I dirigenti di una azienda sanitaria pubblica dovrebbero sentirsi estremamente fieri di appartenere ad una organizzazione con finalità così importanti e nobili. Nel contempo però dovrebbero comprendere che proprio per questo ruolo l'ASL deve essere in grado di strutturare una propria organizzazione al passo con i tempi, efficiente, razionalizzata nella produzione e nella spesa ma soprattutto in grado di produrre risultati efficaci ed utili per i propri clienti, in altre parole economicamente vantaggiosi.

## BIBLIOGRAFIA

- A.S.S.R., Il dipartimento nel servizio sanitario nazionale, progettare per la sanità, Gennaio 1997
- AA.VV Atti del convegno "Il Dipartimento ospedaliero", Università L.Bocconi , novembre 1996
- AA.VV "Dichiarazione etica contro le droghe" A cura di G. Serpelloni -Edizioni La Grafica, Gennaio 1999
- AA.VV Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale - Leonard Edizioni, Settembre 1996
- AA.VV Eroina, infezione da HIV e patologie correlate. A cura di G. Serpelloni, G.Rezza, M.Gomma - Leonard Edizioni,

Aprile 1995

- Agliati M., Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi, EGEA, 1996
- Amarilli F., Mainetti S., Onagro E., L'utilizzo delle tecnologie intranet per lo sviluppo degli enti locali: il caso della Comunità Montana della Valle Camonica Sistemi di Impresa, 1999
- Assessorato alle Politiche Sociali delle Regione Veneto, Le politiche regionali per una società libera dalle droghe, Ediz. La Grafica, Novembre 2000
- Baker L. e Rubycz R., Performance improvement in public service delivery, Pitman Publishing, 1996
- Berbari G., Biazzo S., Analisi rappresentazione dei processi aziendali, Sviluppo e organizzazione n°156, 1996
- Biffi A., Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management, Economia & Management, 1997
- Biffi A., Pecchiari N., Process management e reengineering: EGEA, 1998
- Bonazzi G., Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, 2000
- Borgonovi E., Introduzione all'economia dell'amministrazione pubblica, Giuffrè, 1984
- Borgonovi E., Principi e sistemi aziendali per le amministrazioni pubbliche, EGEA 1996
- Bortignon E., Frati P. e Tacchini R., Medici e Manager, Edizione Medico Scientifico, 1998
- Brenna A., Manuale di Economia Sanitaria, CIS Editore, 1999
- Caccia C., Longo F., L'applicazione di modelli organizzativi "evoluiti" al sistema socio sanitario pubblico, Mecosan, 1995
- Cantarelli C., Casat G., Cavallo M., Cocchi T., Elefanti M., Formentoni A., Lega F., Maggioni S., Sassi M., Malarico E., Zucco F., Il percorso del paziente, EGEA, 1999
- Cartoccio A., Fabbro M., Complessità organizzativa e sviluppo manageriale, Sviluppo e Organizzazione, n°131 1992
- Cochrane A.L., Efficienza ed efficacia, Il Pensiero Scientifico Editore, 1999
- Corradini A. I modelli organizzativi per le aziende U.L.S.: tradizione ed innovazione, Mecosan n.20, 17-33, 1997
- Costa G., Nacamulli R.C.D., Manuale di organizzazione aziendale, UTET
- Davenport T.H., Innovazione dei processi, Franco Angeli 1194
- Di Stanislao F., Liva C., Accredimento dei servizi sanitari in Italia, Centro Scientifico Editore, 1998
- EMCDDA, Key Epidemiological Indicator: demand for treatment by drug users, emcdda, dicembre 2000
- Focarile F., Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria, Centro Scientifico Editore, 1998
- G. Costa R. Nacamulli "Manuale di Organizzazione aziendale", UTET 1996
- G. Rebora. "Organizzazione Aziendale", Carocci Editore, 1998*
- Galbraith J., La progettazione organizzativa: un'analisi dal punto di vista del trattamento delle informazioni, Problemi di gestione, vol.9, 1975
- Galbraith J., Organization design, Addison-Wesley, Reading, 1997
- Grandori A., L'organizzazione delle attività economiche, Il Mulino, 1995
- Grandori A., Organizzazione e comportamento economico, Il Mulino, 1998
- Grilli R., Penna A. e Liberati A., Migliorare la pratica clinica, Il Pensiero Scientifico Editore, 1995
- Guarnieri F., Guarnieri L., Guarnieri D., Il diritto di accesso ai documenti amministrativi, Giuffrè Editore, 1999
- Guzzanti E. et al, Aree funzionali omogenee e dipartimenti, Federazione Medica, 4-8, novembre 1994
- Hammer M., Champy J., Ripensare l'azienda, Sperling&Kupfer, 1993
- Jefferson T., Deminichelli V., Mugford M., La valutazione economica degli interventi sanitari, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- M. Bergamaschi, "l'organizzazione nelle aziende sanitarie", McGraw Hill, 2000*
- Marchiali R., Rognoni G., Cause Effetti in medicina, Il Pensiero Scientifico Editore, 1994
- Meneguzzo M., Dall'azienda sanitaria alle reti di aziende sanitarie: una prima valutazione dell'efficacia dei network sanitari, Mecosan, n°19 1996
- Nonis M., Braga M. e Guzzanti E., Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro, Il Pensiero Scientifico Editore, 1998
- Normann Richard, La gestione strategica dei servizi, ETASLIBRI, 1984
- Oggioni E., Le organizzazioni professionali a network, Sviluppo & Organizzazione, n°.140, 1993
- Ongaro E., Public Administration Process Reengineering - La reingegnerizzazione dei processi strumento per l'innovazione della Pubblica Amministrazione, Economia & Management
- Peppard J., Rowland P., Business Process Reengineering, Prentice Hall, 1995
- Perrone V., Le strutture organizzative d'impresa, EGEA, 1990
- Ruffini R., Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, Mecosan n°18, 1996
- Rugiadini A., Organizzazione d'impresa, Giuffrè, 1979
- Serpelloni G., Rezza G., Gomma M., Eroina Infezione da HIV e patologie correlate, Leonard Edizioni, 1995



- T. Burns, G. M. Stalker, "The management of innovation", Tavistock Publication, Ltd., London, 1961
- Temali D., Maj M., Capatano F., Giordano G., Saccà C. ICD-10 Classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, MASLon, 1996
- Wienand U., Cinotti R. e Prandi F., Il miglioramento continuo delle aziende sanitarie, Centro Scientifico Editore, 1999
- Wilkinson, Accounting and information system, John Wiley & Son.s, 1991

