

## 15 Modelli organizzativi per i servizi non sanitari: i primi risultati di un'analisi esplorativa

di Clara Carbone e Marta Marsilio<sup>1</sup>

### 15.1 Introduzione

I servizi non sanitari sono rappresentati, da un punto di vista organizzativo, da quelle articolazioni aziendali che svolgono attività non direttamente connesse alla gestione caratteristica delle aziende sanitarie, ma che ne facilitano e assistono il funzionamento (Bergamaschi, 2008).

Considerando i diversi ruoli professionali, coloro che operano nell'ambito dei servizi non sanitari sono tipicamente appartenenti al personale amministrativo. Quest'ultimo rappresenta circa il 12% del personale totale SSN, con una variabilità regionale che passa dal 15% della Valle D'Aosta al 9% dell'Umbria. Solo il 4% del personale amministrativo ricopre posizioni dirigenziali con differenze marginali tra le regioni (cfr. Tabella 15.1). Inoltre, l'incidenza del personale amministrativo rispetto al personale totale impiegato è pari al 13% nelle ASL e a 10% nelle AO.

Secondo l'interpretazione elaborata da Mintzberg (1983) sulle componenti dell'organizzazione, i servizi non sanitari si collocano all'interno di due componenti aziendali: i servizi di supporto e la tecnostruttura. Nella realtà delle aziende sanitarie, i primi sono rappresentati dai servizi amministrativi collocati in *line* al direttore amministrativo (ad esempio, funzioni di provveditorato-economato, ragioneria, tecnico-patrimoniale ecc.); i secondi dagli organi di *staff* (ad esempio, funzioni di pianificazione strategica, programmazione e controllo, marketing, ecc.). Nel corso degli anni, queste due componenti hanno evidenziato percorsi evolutivi significativamente differenti ma, allo stesso tempo, fortemente interdipendenti.

---

<sup>1</sup> Sebbene il capitolo sia il frutto di un comune lavoro di ricerca, sono da attribuire a Clara Carbone i §§ 15.3.1 e 15.4, e a Marta Marsilio i §§ 15.1, 15.2 e 15.3.2. Inoltre si ringrazia la Dott.ssa Paola Poser per la preziosa collaborazione nella somministrazione e raccolta dei questionari.

Tabella 15.1 **Il personale amministrativo SSN per Regione (anno 2006)**

| Indicatore              | Tot. Pers. amm.vo / tot. Pers | Tot. Dirigenti amm.vi / tot pers amm.vo |
|-------------------------|-------------------------------|---|
| Abruzzo                 | 12%                           | 4%                                      |
| Basilicata              | 10%                           | 4%                                      |
| Campania                | 12%                           | 5%                                      |
| Emilia Romagna          | 11%                           | 4%                                      |
| Friuli Venezia Giulia   | 11%                           | 3%                                      |
| Lazio                   | 12%                           | 3%                                      |
| Liguria                 | 11%                           | 3%                                      |
| Lombardia               | 12%                           | 3%                                      |
| Marche                  | 10%                           | 4%                                      |
| Piemonte                | 14%                           | 3%                                      |
| Puglia                  | 12%                           | 5%                                      |
| Sardegna                | 11%                           | 4%                                      |
| Sicilia                 | 11%                           | 4%                                      |
| Toscana                 | 10%                           | 3%                                      |
| Trento                  | 12%                           | 3%                                      |
| Bolzano                 | 13%                           | 9%                                      |
| Umbria                  | 9%                            | 3%                                      |
| Valle D'Aosta           | 15%                           | 2%                                      |
| Veneto                  | 11%                           | 3%                                      |
| <b>Totale nazionale</b> | <b>12%</b>                    | <b>4%</b>                               |

Fonte: Conto annuale – Ministero dell'economia e delle finanze

Da una parte, i servizi di supporto sono stati responsabili storicamente di tutte quelle funzioni di espletamento delle procedure e pratiche rilevanti ai fini delle relazioni con terzi (utenti, dipendenti, fornitori) per la contabilizzazione e il controllo di legittimità (Longo 2000; Carbone e Cattabeni 2005). Per questo motivo si sono caratterizzati per una forte autoreferenzialità, tanto rispetto alle funzioni di produzione (rispetto alle quali si sono poste spesso come «freno» ai processi di cambiamento e innovazione), quanto rispetto ai bisogni dei pazienti (i quali attribuiscono spesso un peso rilevante ad alcuni di questi servizi come quello alberghiero, di pulizia, mensa, ecc.).

Dall'altra parte, le funzioni di *staff* sono state introdotte a seguito del processo di riforma dei primi anni Novanta, coerentemente con il processo di aziendal-

zazione. Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una rapida crescita del numero di attività svolte da questi organi, spesso con l'obiettivo di colmare il *gap* di competenze in capo ai servizi di supporto (Del Vecchio, 2001).

Ad oggi, tutti i servizi non sanitari vivono dei problemi di relazione tra la «*line*-amministrativa», che vede diminuire il proprio contributo alla gestione aziendale, e gli organi di *staff*, che si trovano spesso in una posizione organizzativa privilegiata rispetto alla direzione aziendale (Bergamaschi, 2008).

Oltre a queste dinamiche, insistono sul processo di cambiamento organizzativo e di innovazione dei servizi non sanitari altre due principali tendenze:

- ▶ a livello aziendale, la riprogettazione e la riorganizzazione dei servizi non sanitari tra il centro (direzione aziendale) e la periferia (ad esempio, dipartimenti sanitari, distretti e presidi), con una conseguente redistribuzione del potere decisionale e delle responsabilità tra i due livelli aziendali, a fronte della tendenza generale di accorpamento delle aziende sanitarie (soprattutto delle ASL –cfr. capitolo 2);
- ▶ a livello sovraziendale, l'introduzione di meccanismi di coordinamento (aree vaste, consorzi, ecc) per sfruttare eventuali economie di scala e specializzazione (Brusoni, Marsilio 2007), che vedono maggiormente coinvolti i servizi della *line* amministrativa (generalmente, servizi di approvvigionamento, logistica, ecc.).

Alla luce di queste considerazioni, il capitolo è strutturato nel modo seguente: il paragrafo 15.2 presenta gli obiettivi e la metodologia della ricerca; il paragrafo 15.3 illustra i risultati dell'analisi; il paragrafo 15.4 trae alcune considerazioni conclusive.

## 15.2 Obiettivi e metodologia della ricerca

Coerentemente con questo scenario, l'attività di ricerca si pone l'obiettivo di identificare le prevalenti soluzioni organizzative attualmente adottate dalle aziende sanitarie nell'ambito dei servizi non sanitari centrali, ovvero le funzioni di *line* amministrativa e di *staff*.

Considerato che la letteratura nazionale, al momento, non presenta ricerche empiriche sul tema, in questa prima fase si è condotto uno studio di carattere esplorativo tramite la somministrazione di un questionario. Il questionario è stato articolato in tre sezioni volte a raccogliere dati e informazioni di natura prevalentemente qualitativa rispetto ai seguenti aspetti:

- ▶ la struttura organizzativa dei servizi non sanitari a livello centrale all'interno dell'azienda sanitaria (sezione A). In particolare i servizi non sanitari, oggetto dell'indagine e contemplati dal questionario sono i seguenti: Economico-fi-

nanziario; Approvvigionamenti; Tecnico; Patrimonio; Logistica; Magazzino; Personale; Ingegneria clinica; Convenzioni e relazioni esterne; Affari legali; Relazioni sindacali; Formazione; Programmazione e controllo; Comunicazione e marketing; Qualità; Servizio sistemi informativi; Relazioni con pubblico; CUP; Pianificazione strategica; Governo clinico; Sviluppo Organizzativo.

- ▶ le caratteristiche delle relazioni dei servizi non sanitari centrali nella duplice direzione: nei confronti di eventuali ruoli amministrativi collocati in periferia, ovvero a livello di dipartimenti sanitari, distretti, presidi ospedalieri (sezione B) e presso le strutture sovraziendali, come ad esempio, aree vaste, consorzi, ecc. (sezione C), identificando, in entrambi i casi, prerogative decisionali e ruoli di responsabilità.

Nel dettaglio, il Box 15.1 riporta la struttura e le dimensioni di analisi del questionario.

Il questionario è stato somministrato via mail e fax alle Direzioni Amministrative di ASL e AO, a seguito della sua validazione con un campione ristretto

#### Box 15.1 **Struttura e dimensioni di analisi del questionario**

##### **Sezione A: Struttura organizzativa dei servizi non sanitari centrali**

1. Indicare per ciascun servizio non sanitario centrale (vedi *supra*):
  - la denominazione dell'unità organizzativa (UO) a cui è affidata la funzione,
  - la collocazione organizzativa dell'UO che può essere in *line* del direttore amministrativo o all'interno degli organi di *staff* aziendali
  - l'organo da cui l'UO dipende gerarchicamente
2. Indicare per ciascun servizio non sanitario centrale (vedi *supra*), l'allocazione dell'organico in termini di FTE (*full time equivalent*). In caso di esternalizzazione dell'attività, indicare la durata ed importo complessivo del contratto e tipologia del soggetto a cui è affidata l'attività.

##### **Sezione B: Rapporto tra servizi non sanitari centrali e livelli organizzativi intermedi (dipartimenti sanitari, distretti e presidi ospedalieri)**

1. Indicare se è prevista la figura di responsabile amministrativo di dipartimento sanitario (Sì/No) specificando la tipologia di relazione (gerarchica/funzionale) dal direttore amministrativo e dal direttore di dipartimento sanitario e le principali funzioni svolte.
2. Indicare se è prevista la figura di responsabile amministrativo di distretto (Sì/No) specificando la tipologia di relazione (gerarchica/funzionale) dal direttore amministrativo e dal direttore di distretto (solo per ASL) e le principali funzioni svolte.
3. Indicare se è prevista la figura di responsabile amministrativo di presidio (Sì/No) specificando la tipologia di relazione (gerarchica/funzionale) dal direttore amministrativo e dal direttore di presidio e le principali funzioni svolte.

##### **Sezione C: Rapporto tra servizi non sanitari centrali e soggetti sovraziendali (ad esempio, aree vaste, consorzi)**

1. Indicare se l'azienda sanitaria partecipa a qualche forma sovraziendale per la gestione delle attività amministrative?
2. Indicare tra i seguenti servizi non sanitari quali vengono gestiti attraverso forme accentrate: Approvvigionamenti, Logistica, Amministrazione Finanza & Controllo, Amministrazione del personale, Facility management, Sistemi informativi, Altro (specificare).
3. Esprimere un giudizio «sintetico» rispetto al grado di coinvolgimento (alto, medio, basso) nelle attività svolte dalla struttura sovraziendale (Assetto di governance e decisioni di indirizzo strategico Identificazione delle attività amministrative oggetto di gestione accentrata; Processo di gestione accentrata delle attività amministrative accentrate; Processo di valutazione degli impatti prodotti dalla gestione accentrata delle funzioni) per le funzioni accentrate.

di aziende, selezionate in modo da rappresentare i diversi assetti istituzionali che possono interessare la funzione amministrativa (assenza di rilevanti cambiamenti istituzionali, recente fusione aziendale, accentramento sovraziendale con o senza la costituzione di soggetti istituzionali con propria personalità giuridica, ecc.). In questa prima fase, hanno risposto alla *survey* 46 Aziende, di cui 17 AO e 29 ASL. Le 46 aziende sanitarie sono distribuite in 17 Regioni, con una prevalenza delle Regioni del Nord (in particolare Lombardia, Veneto, Piemonte, Emilia Romagna presentano una frequenza superiore o uguale a 6 aziende sanitarie).

A partire dai dati del Conto annuale, rispetto alla dotazione complessiva del personale amministrativo, le aziende sanitarie che hanno risposto al questionario presentano in media circa 308 unità/*Full Time Equivalent* (FTE), con le AO a 250 unità/FTE e le ASL a 353. Inoltre, coerentemente con i dati a livello di SSN riportati sopra, anche nelle aziende considerate nell'analisi, il 96% del personale amministrativo è rappresentato da profili di ruolo non dirigenziale. Considerando i dati del personale per tipologia di servizio non sanitario rilevati con la somministrazione del questionario (cfr. Tabella 15.2), emerge che i servizi centrali che assorbono in media il maggior numero di unità/FTE sono: servizi tecnico-logistici, servizi amministrativi – quali servizio personale e approvvigionamenti, risorse finanziarie – e il servizio CUP. D'altra parte i servizi a carattere più innovativo (governo clinico, sviluppo organizzativo, marketing e comunicazione, ecc.), attivati da un numero ridotto delle aziende sanitarie rispondenti, presentano una dotazione organica a livello di unità/FTE più contenuta rispetto agli altri servizi amministrativi.

Tabella 15.2 **Media unità/FTE per i servizi non sanitari centrali (46 osservazioni)**

| Servizio amministrativo                | Media FTE | Servizio amministrativo                       | Media FTE |
|--|-----------|---|-----------|
| Servizio tecnico                       | 34,75     | Relazioni con il pubblico                     | 6,87      |
| Logistica (beni sanitari ed economici) | 32,73     | Affari legali                                 | 6,39      |
| Personale                              | 32,00     | Programmazione e controllo                    | 5,00      |
| CUP                                    | 25,06     | Governo clinico                               | 4,40      |
| Approvvigionamenti                     | 18,79     | Convenzioni e relazioni con erogatori esterni | 4,38      |
| Risorse finanziarie (ragioneria)       | 17,04     | Sviluppo organizzativo                        | 3,20      |
| Patrimonio (gestione)                  | 14,06     | Marketing e comunicazione                     | 3,19      |
| Sistemi informativi                    | 11,88     | Qualità                                       | 2,65      |
| Magazzino                              | 10,06     | Pianificazione strategica                     | 2,21      |
| Formazione                             | 8,22      | Relazioni sindacali                           | 1,53      |
| Ingegneria clinica                     | 8,01      |   |           |

## 15.3 Risultati

### 15.3.1 La struttura organizzativa dei servizi non sanitari centrali

I questionari consentono di delineare alcuni assetti prevalenti rispetto al modello di struttura organizzativa dei servizi non sanitari centrali (organi di *staff* e *line* amministrativa) delle aziende che hanno risposto al questionario, così come sintetizzato in Tabella 15.3. Considerata l'eterogeneità delle collocazioni organizzative, nella tabella si utilizzano diverse gradazioni per indicare il modello organizzativo prevalente (grigio scuro) ed eventuali soluzioni alternative meno diffuse (grigio chiaro).

In generale, è possibile raggruppare i servizi non sanitari in tre macro categorie.

Un primo gruppo è rappresentato dai servizi di *line* amministrativa: Servizio economico-finanziario, Servizio approvvigionamenti<sup>2</sup>, Servizio tecnico, Servizio patrimonio, Servizio logistica, Servizio magazzino, Servizio personale, Servizio ingegneria clinica, Servizio convenzioni e relazioni esterne. Per questi servizi emergono due soluzioni organizzative. Un primo modello, che risulta quello prevalente (Modello «*line* divisionalizzata» – Tabella 15.3 e Figura 15.1), è caratterizzato dal fatto che le funzioni amministrative sono accorpate sulla base delle diverse aree funzionali di afferenza creando dei dipartimenti/aree *ad hoc* (ad esempio, dipartimento/area delle risorse umane, dipartimento/area economico-finanziario, dipartimento/area acquisti e logistica, dipartimento/area attività tecnico-patrimoniali ecc.). Viene a costituirsi, in questo modo, un livello intermedio di responsabilità al fine di supportare la funzione di governo e di gestione dell'area amministrativa da parte del direttore amministrativo che, da un lato, potrà interfacciarsi con un minor numero di persone (ovvero, i responsabili di dipartimento/area); dall'altro, non dovendo controllare direttamente tutti i processi, dovrà dotarsi di strumenti gestionali appropriati per sviluppare forme di responsabilizzazione rispetto a obiettivi e risultati prodotti e per stimolare la motivazione del personale della *line* amministrativa. Tuttavia, è opportuno sottolineare che a questo modello sono state ricondotte anche alcune aziende che, avendo l'obbligo istituzionale di costituire articolazioni dipartimentali per l'area amministrativa, hanno creato un unico dipartimento amministrativo dipendente gerarchicamente dal direttore amministrativo (forme di isomorfismo istituzionale). In questi casi è abbastanza comune che il direttore amministrativo gestisca direttamente la *line* amministrativa e che il dipartimento amministrativo rappresenti per lo più una soluzione organizzativa formale.

---

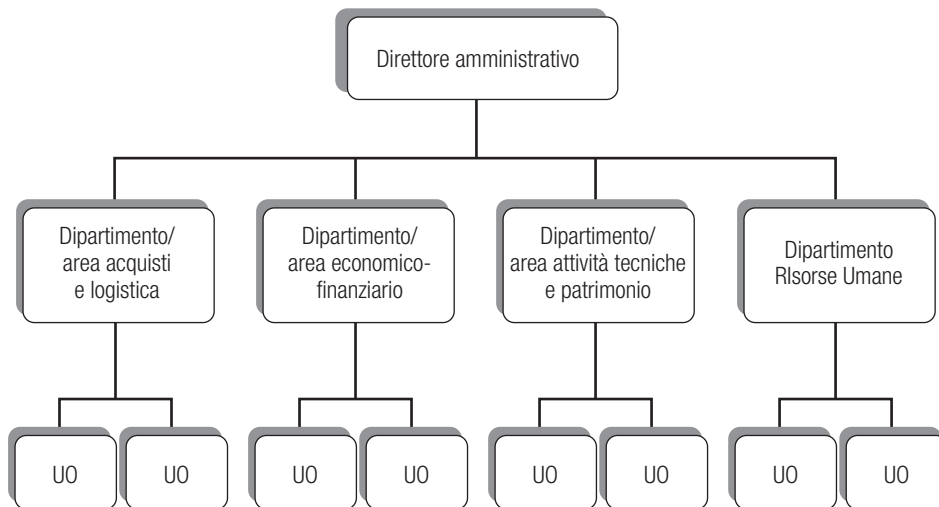
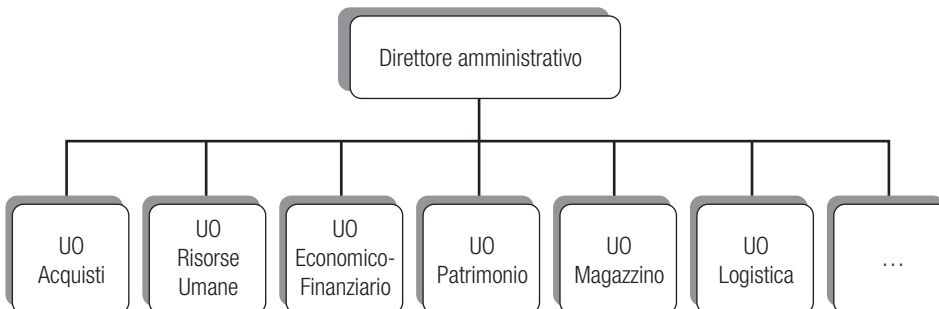
<sup>2</sup> Si evidenzia come in alcuni casi il servizio approvvigionamenti sia integrato con il servizio logistica e magazzino, coerentemente con una logica di gestione integrata dei beni/servizi acquisiti delle aziende sanitarie.

Tabella 15.3 **Modelli organizzativi rilevati per ciascun servizio non sanitario**

| SERVIZIO                                 | Line                      |   | Staff                          |             |  |
|--|---------------------------|---|--------------------------------|-------------|--|
|  | MOD. 1                    | MOD. 2                                    | MOD. 1                         | MOD. 2      | MOD. 3   |
|  | Dipendenza diretta dal DA | Dipendenza diretta dal livello intermedio | Staff alla direzione aziendale | Staff al DG | Staff ad altre figure direzionali (ad esempio, DA, DS) |
| Servizio economico-finanziario           |                           |   |                                |             |  |
| Servizio approvvigionamenti              |                           |   |                                |             |  |
| Servizio tecnico                         |                           |   |                                |             |  |
| Servizio patrimonio                      |                           |   |                                |             |  |
| Servizio logistica                       |                           |   |                                |             |  |
| Servizio magazzino                       |                           |   |                                |             |  |
| Servizio personale                       |                           |   |                                |             |  |
| Servizio ingegneria clinica              |                           |   |                                |             |  |
| Servizio convenzioni e relazioni esterne |                           |   |                                |             |  |
| Servizio programmazione e controllo      |                           |   |                                |             |  |
| Servizio comunicazione e marketing       |                           |   |                                |             |  |
| Servizio relazioni con pubblico          |                           |   |                                |             |  |
| Pianificazione strategica                |                           |   |                                |             |  |
| Sviluppo Organizzativo                   |                           |   |                                |             |  |
| Servizi affari legali                    |                           |   |                                |             |  |
| Servizi relazioni sindacali              |                           |   |                                |             |  |
| Servizio formazione                      |                           |   |                                |             |  |
| Servizio qualità                         |                           |   |                                |             |  |
| Governo clinico                          |                           |   |                                |             |  |
| Servizio sistemi informativo             |                           |   |                                |             |  |
| CUP                                      |                           |   |                                |             |  |

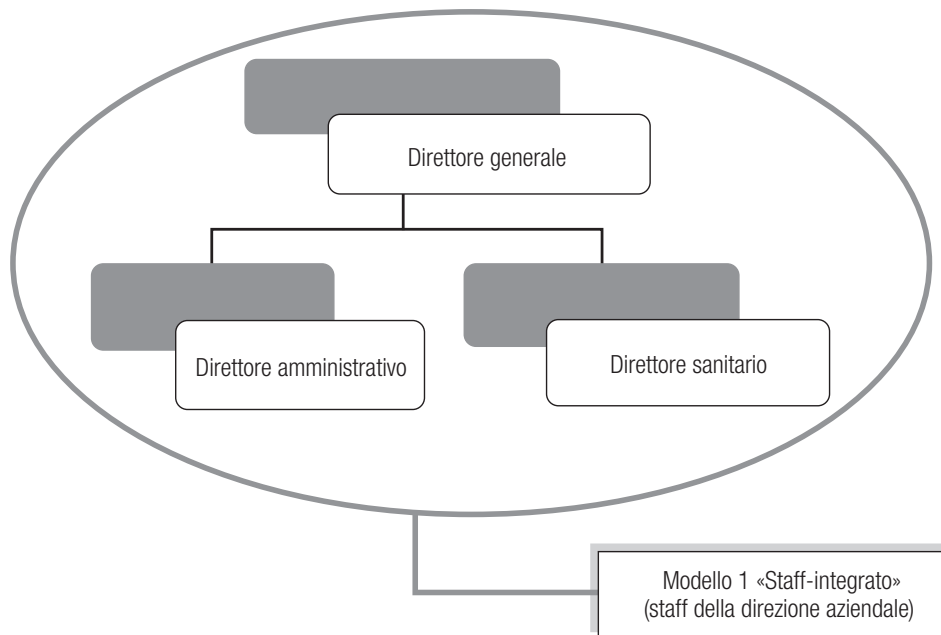
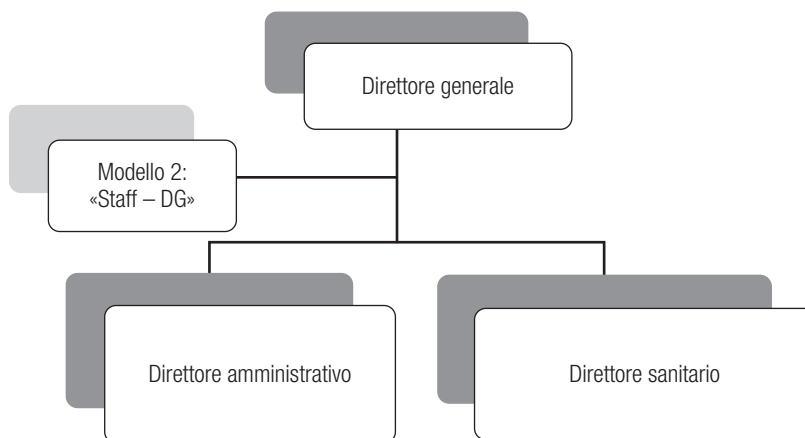
Il secondo modello, meno diffuso, è caratterizzato dal fatto che tutti i servizi amministrativi centrali dipendono direttamente, secondo una relazione gerarchica, dal direttore amministrativo aziendale (Modello «line accentrata» – Tabella 15.3 e Figura 15.2).

Un secondo gruppo di servizi non sanitari è rappresentato dagli organi di

Figura 15.1 **Modello «line divisionalizzata»**Figura 15.2 **Modello «line accentrata»**

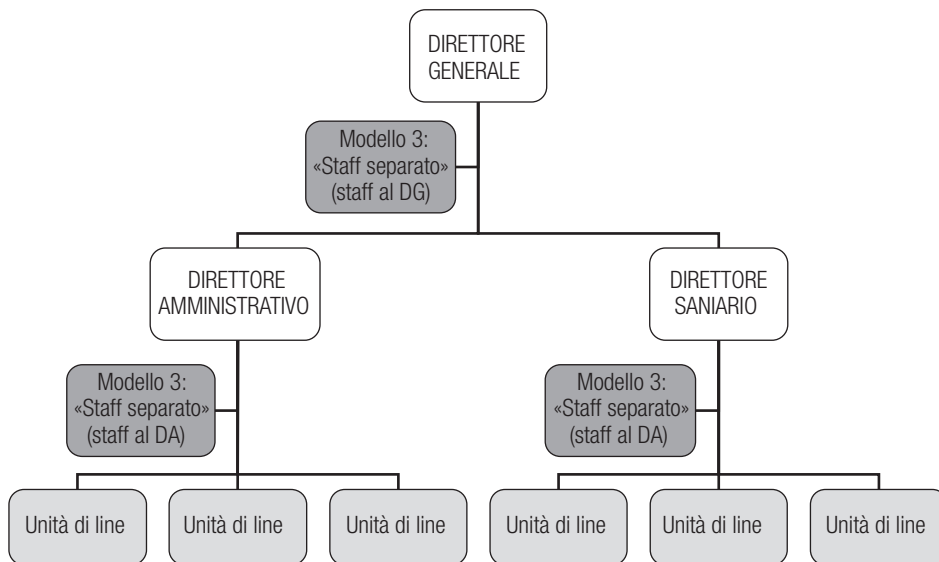
*staff* (cfr. Tabella 15.3): Servizio programmazione e controllo, Servizio comunicazione e marketing, Servizio relazioni con pubblico, Servizio Pianificazione strategica, Servizio Sviluppo Organizzativo. Da un punto di vista organizzativo, tali servizi si configurano prevalentemente come unità di supporto all'intero vertice strategico composto da direttore generale, amministrativo e sanitario (Modello «*staff-integrato*» – Figura 15.3). Rispetto a questo scenario, emergono altre due soluzioni meno diffuse: un modello in cui le unità di *staff* riportano solo al direttore generale che le coordina in maniera accentrata (Modello «*staff-DG*» – Figura 15.4) e una soluzione in cui, in base alle diverse competenze funzionali, si individuano specifiche unità di *staff* di supporto per le tre figure direzionali (direttore generale, direttore amministrati-



Figura 15.3 **Modello «Staff-integrato»**Figura 15.4 **Modello «Staff-DG»**

vo e sanitario – Modello «*staff-separato*»: *Staff* distinti per direttore – Figura 15.5). Ad esempio, il Servizio qualità e quello di Governo clinico sono prevalentemente in *staff* al Direttore Sanitario, in quanto funzioni a prevalente contenuto sanitario (cfr. Tabella 15.3).

Figura 15.5 Modello «Staff-separato»



Emerge, infine, una terza categoria di servizi non sanitari per i quali si evidenzia un'elevata eterogeneità in termini di collocazione organizzativa (cfr. Tabella 15.3). Si tratta di quelle funzioni che, soprattutto per motivazioni legate al contesto aziendale, possono presentare soluzioni organizzative sia di *line* che di *staff* senza mostrare modelli organizzativi prevalenti: in particolare, i servizi affari generali, relazioni sindacali, sistemi informativi, CUP e formazione si posizionano sia in *line* (con entrambe le soluzioni proposte in base alla scelta organizzativa aziendale), sia in *staff* con una prevalenza del modello «*Staff-separato*» – specificamente *staff* del direttore amministrativo per affari generali, relazioni sindacali e sistemi informativi; *staff* del direttore sanitario per il CUP; *staff* del direttore generale per la formazione).

Questo panorama, già fortemente eterogeneo, è reso ulteriormente complesso se si considera che alcune aziende sanitarie hanno esternalizzato la gestione di alcuni servizi amministrativi: in particolar modo, come risulta dall'analisi dei questionari, dei servizi tecnico-patrimoniali (tecnico, patrimonio, magazzino, logistica, sistemi informativi). A tal proposito è opportuno sottolineare che, in alcuni casi, le aziende sanitarie non presentano unità/FTE dedicate alla funzione esternalizzata, in quanto esse risultano a carico degli organi responsabili della funzione che possono essere: gli organi sovraziendali del SSR nel caso di accentramento di funzioni tipicamente tecnico-amministrative (ad esempio, gli ESTAV della Regione Toscana sono dotati di personale proprio per le funzioni accentrate, quali approvvigionamenti, logistica e magazzino) e/o soggetti privati che gestiscono il servizio con proprio personale, spesso a fronte di contratti pluriennali. In alcuni casi, i servizi esternalizzati riguarda-

no solo alcune specifiche attività di quelle complessivamente gestite dalla funzione (ad esempio, tra attività gestite dal servizio tecnico, solo la gestione della manutenzione degli immobili o la gestione del calore; per il CUP la gestione dell'archivio delle cartelle cliniche e il servizio di riproduzione delle stesse); in tal caso, il servizio presenta comunque una dotazione organica a livello aziendale.

### **15.3.2 Servizi non sanitari: processo di decentramento aziendale e di accentrimento sovraziendale**

Dopo aver rilevato le principali tendenze rispetto alla configurazione della struttura organizzativa dei servizi non sanitari centrali, l'analisi ha approfondito anche gli effetti dei due principali cambiamenti istituzionali che, negli ultimi anni, hanno caratterizzato tali articolazioni organizzative aziendali: (i) il processo di divisionalizzazione aziendale, frutto soprattutto delle accresciute dimensioni delle aziende sanitarie e (ii) il processo di accentrimento a livello sovraziendale di alcune funzioni tecnico-amministrative con la creazione di soggetti istituzionali con o senza personalità giuridica.

Riguardo al primo aspetto, si è indagata l'esistenza di figure con ruoli di responsabilità amministrativa a livello aziendale periferico (dipartimenti sanitari, distretti e presidi ospedalieri), nonché i principali compiti da esse svolti. Considerando che a livello periferico ASL e AO presentano significative differenze in termini di struttura organizzativa, di seguito si riportano alcune riflessioni distinte per tipologia di aziende.

Per le ASL si possono evidenziare due tendenze di fondo:

- ▶ l'introduzione della figura del responsabile amministrativo di distretto a fronte del riconoscimento di maggiori ruoli gestionali in capo a tali macro-articolazioni organizzative intermedie, divenute sempre più complesse per l'eterogeneità dei servizi erogati e per l'aumento dei bacini di popolazione serviti (più della metà delle ASL che hanno risposto al questionario prevede questa soluzione organizzativa);
- ▶ un raro ricorso ai responsabili amministrativi per i dipartimenti territoriali e ospedalieri (interpresidio o intra-presidio). Ciò può dipendere dal fatto che: i) i dipartimenti territoriali si identificano come macro-articolazioni deboli con ruoli esclusivamente di coordinamento tecnico-scientifico, e ii) i dipartimenti ospedalieri (interpresidio o intra-presidio), per ragioni storiche, sono gerarchicamente subordinati al presidio ospedaliero al quale, invece, nella maggior parte dei casi, si riconosce un maggior ruolo strutturale e, quindi, figure con responsabilità amministrativa dedicate;
- ▶ rispetto all'attività ospedaliera, una prevalenza della figura del responsabile amministrativo a livello di presidio piuttosto che di dipartimento ospedaliero (cfr *supra*).

Nel caso delle AO, analogamente, l'attivazione di una figura amministrativa con ruoli di responsabilità a livello di dipartimento ospedaliero non sembra essere particolarmente diffusa (solo un terzo delle aziende ospedaliere che hanno risposto al questionario dichiara di aver introdotto tale ruolo). Più rilevante sembra, invece, il ruolo di responsabile amministrativo di presidio ospedaliero.

Laddove previsti, i responsabili amministrativi di tali macro-articolazioni (soprattutto distretti e presidi ospedalieri) si caratterizzano prevalentemente per una doppia dipendenza organizzativa: dipendenza gerarchica dal direttore della macro-articolazione organizzativa intermedia; dipendenza funzionale dalla direzione amministrativa al fine di omogeneizzare le procedure amministrative decentrate.

In termini più operativi, nel caso del dipartimento sanitario/distretto il ruolo del responsabile amministrativo prevede tre tipologie di attività, con una prevalenza di una o due delle singole funzioni a seconda della specifica realtà aziendale:

- ▶ compiti di tipo amministrativo in senso stretto (ad esempio, supporto giuridico-amministrativo soprattutto per le aree del personale, rendicontazione economica dei progetti assegnati al livello intermedio, ecc.);
- ▶ compiti di carattere gestionale (ad esempio, supporto alla gestione e al monitoraggio del processo di budget di macro-articolazione intermedia, alla predisposizione di piani socio-sanitari a livello distrettuale);
- ▶ coordinamento delle relazioni con enti esterni, tipicamente per l'acquisto di prestazioni sanitarie (ad esempio, gestione delle convenzioni con le strutture residenziali e semiresidenziali del territorio, con gli ambulatori e laboratori per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, con MMG e PLS, ecc.).

Riguardo al presidio ospedaliero, si evidenzia un ruolo volto al coordinamento della gestione delle relazioni con gli utenti per le prestazioni ospedaliere: attività amministrativa correlata alla funzione di accettazione dei ricoveri, prenotazione delle prestazioni, riscossione delle tariffe e dei ticket, recupero delle tariffe non pagate; gestione amministrativa dell'attività libero professionale sia ambulatoriale che in regime di ricovero; gestione delle posizioni relative alla mobilità sanitaria – attiva e passiva – regionale ed interregionale (in stretta collaborazione con la funzione di controllo di gestione), ecc.

Con riferimento alla seconda tendenza di cambiamento (accentramento di alcune funzioni tecnico-amministrative), l'analisi si è posta l'obiettivo di verificare come si qualificano i meccanismi di coordinamento tra i servizi amministrativi centrali aziendali e quelli sovraziendali rispetto a: definizione dell'assetto di governance e decisioni di indirizzo strategico (ovvero al grado di coinvolgimento e condivisione della direzione aziendale nelle scelte riguardanti la definizione della *mission* dell'ente sovraziendale), delle soluzioni organizzative, dei processi decisionali, ecc.; identificazione delle attività amministrative

oggetto di gestione accentrata; processo di gestione delle attività amministrative accentrate; processo di valutazione degli impatti prodotti dalla gestione accentrata delle funzioni.

In particolare, in molti SSR sono ormai consolidati modelli sovraziendali per la gestione di alcuni servizi non sanitari con l'obiettivo di conseguire economie di scala e specializzazione; più della metà delle aziende rispondenti (27) partecipa a forme di gestione accentrata con assetti istituzionali e organizzativi differenti. In particolare, i risultati sull'assetto organizzativo riflettono le differenti scelte regionali rappresentate dalle aziende: dalla partecipazione ad una struttura obbligatoria (come il Centro Servizi Condiviso del Friuli Venezia Giulia e gli ESTAV della Toscana), a forme associative volontarie (come quelle di Aven e Avec della Regione Emilia Romagna), fino alla costituzione di forme consortili prive di un'autonoma struttura organizzativa (come le aree vaste in Veneto, le aree di coordinamento sovrazionali in Piemonte) che adottano come meccanismo operativo quello dell'«azienda capofila».

I dati raccolti fanno riferimento principalmente alla funzione approvvigionamenti che, coerentemente con i risultati di precedenti indagini OASI (Brusoni, Marsilio 2007), risulta al momento quella più diffusamente oggetto di gestioni accentrate. In particolare emergono due tendenze:

- ▶ le aziende sanitarie coinvolte in processi accentrati con una esperienza più consolidata in termini temporali (le aziende, ad esempio, dell'Emilia Romagna, del Friuli Venezia Giulia e della Toscana) esprimono un grado di coinvolgimento superiore rispetto ad altre realtà meno «mature», soprattutto nel processo di gestione delle attività amministrative accentrate (nel caso degli approvvigionamenti, la fase di definizione del fabbisogno e della valutazione dei beni/servizi da acquisire).
- ▶ più debole risulta, invece, a livello generalizzato il coinvolgimento nelle fasi di definizione dell'assetto di governance, che spesso viene definito *ex ante* da organi regionali o sovraziendali senza una significativa consultazione degli organi aziendali e nella valutazione dei risultati prodotti dal processo, attività che risulta spesso svolta interamente a livello di struttura sovraziendale, con una finalità essenzialmente di comunicazione esterna e non con obiettivi di gestione e di controllo.

## 15.4 Conclusioni e scenari evolutivi

I risultati della ricerca fin qui discussi rappresentano una prima fotografia dello stato dell'arte dei servizi non sanitari nelle aziende del SSN rispetto alla loro struttura organizzativa e ai rapporti tra servizi non sanitari centrali e i livelli organizzativi intermedi da una parte, ed eventuali soggetti sovraziendali dall'altra.

Per ciascuno dei tre ambiti di indagine, in questa sede, verranno anche delineate alcune considerazioni circa le principali prospettive evolutive.

Con riferimento alla struttura organizzativa, la ricerca ha evidenziato dei nuclei di servizi non sanitari specifici dello *staff* e della *line* amministrativa per cui è possibile delineare dei modelli organizzativi di riferimento:

- ▶ per la *line* amministrativa, la prevalenza di un modello divisionale – ovvero dipartimentale – (Modello «*line* divisionalizzata») in cui i singoli servizi amministrativi sono raggruppati per grandi aree funzionali (ad esempio, personale, acquisti, risorse economiche finanziarie ecc.) ed in cui il direttore amministrativo aziendale si trova nelle condizioni di organizzare e coordinare l'attività dell'intera area amministrativa attraverso la collaborazione stretta con i responsabili di tali divisioni (*middle management* amministrativo);
- ▶ per lo *staff*, la prevalenza di un modello «*Staff-integrato*» in cui gli organi di *staff* sono di supporto alle attività dell'intera direzione aziendale, intesa come insieme coeso di direttore generale, amministrativo e sanitario.

Di fronte a tale scenario, è possibile riflettere anche sulle prospettive di sviluppo organizzativo e culturale auspicabile per i servizi non sanitari delle aziende del SSN. Tenendo conto delle indicazioni delle singole regioni e dell'adozione di strumenti per la gestione di eventuali resistenze al cambiamento da parte degli operatori aziendali, esse possono essere ricondotte a tre linee fondamentali:

- ▶ un cambiamento culturale verso un atteggiamento di condivisione delle risorse umane aziendali che si traduca, oltre che nella creazione di organi di *staff* integrati tra le tre figure direzionali (DG, DA e DS) come emerge dall'analisi, anche nel passaggio da una *line* amministrativa direttamente dipendente dal direttore amministrativo, ad una *line* amministrativa aziendale a supporto dell'intera squadra di direzione (DG, DA e DS).
- ▶ la riqualificazione della *line* del direttore amministrativo attraverso un investimento sulle competenze gestionali di base e specialistiche dei diversi operatori e un intervento di reingegnerizzazione dei processi amministrativi per favorire lo snellimento delle attività e una maggiore responsabilizzazione al risultato e, quindi, recuperare adeguati livelli di tempestività nella risposta nei confronti degli utenti interni ed esterni (Bergamaschi, 2008);
- ▶ la riprogettazione delle funzioni attribuite agli organi di *staff* al fine di non sovraccaricarli di attività non coerenti con le loro competenze riallocando, eventualmente, all'interno della *line* amministrativa attività mature, inizialmente assegnate in *staff*, rispetto alle quali si potrebbero generare delle economie di specializzazione e di scala (ad esempio, il controllo di gestione nei confronti dell'area economico-finanziaria, l'ingegneria clinica nei confronti dell'area tecnica, ecc.) (Carbone e Cattabeni, 2005 e Bergamaschi, 2008).

Il secondo ambito si riferisce alle relazioni tra servizi non sanitari centrali e i livelli aziendali organizzativi intermedi (dipartimenti sanitari, distretti e presidi ospedalieri). La ricerca ha evidenziato come la presenza di figure di coordinamento dei processi amministrativi e gestionali a livello periferico a supporto del responsabile di macroarticolazione intermedia è più rilevante nel caso dei distretti sanitari e dei presidi ospedalieri di ASL (multi-presidio o monopresidio) e di AO. Oltre alla collocazione organizzativa, l'attenzione va posta anche sul ruolo di tali figure che, soprattutto nelle aziende sanitarie di dimensioni più significative, dovrebbe evolvere verso una maggiore responsabilizzazione, attraverso una loro qualificazione come punto di riferimento e di *front-office* per tutti i pazienti che si rivolgono alle strutture sanitarie territoriali ed ospedaliere. Inoltre, è opportuno sottolineare che il ruolo di tali figure può essere reso tanto meno formale quanto più l'azienda si dota di strumenti di governo della rete centro-periferia attraverso di meccanismi operativi che consentano la definizione di indirizzi e obiettivi a livello centrale, ed un livello di autonomia di implementazione e gestione a livello decentrato a seconda delle tipologie di attività non sanitarie.

In relazione al terzo aspetto, ovvero al processo di accentramento sovraziendale delle funzioni tecnico-amministrative, le relazioni tra le aziende sanitarie e le sovrastrutture per la gestione di tali servizi dipendono in larga parte dalla maturità raggiunta dalle singole esperienze. Tuttavia, anche nei casi di strutture e processi consolidati, si segnala da parte delle aziende uno scarso coinvolgimento nella definizione degli assetti di *governance* e della valutazione dei risultati. Si tratta di due attività che in realtà potrebbero rafforzare e incentivare la propensione delle aziende ad una maggior collaborazione ed integrazione con le strutture sovraziendali e una maggiore omogeneizzazione di alcuni processi amministrativi (ad esempio, gli approvvigionamenti) con effetto sull'efficienza ed efficacia dei servizi erogati ai pazienti. In termini evolutivi, i processi di accentramento che stanno interessando in maniera sempre più diffusa i SSR, comporteranno una riprogettazione delle strutture organizzative (nel caso di esternalizzazione dei servizi aziendali a favore degli enti sovraziendali) e una riqualificazione dei ruoli e degli operatori delle funzioni coinvolte dall'accentramento verso competenze più manageriali rispetto a quelle tecnico-esecutive (ad esempio da provveditore/economista a *manager* degli acquisti). Si tratta, nello specifico, di funzioni focalizzate sulla capacità di programmazione dell'attività, di committenza rispetto ai fabbisogni aziendali e di controllo sulla qualità del processo amministrativo nella relazione azienda/ente sovraziendale, e del servizio nella relazione azienda/utente interno e azienda/paziente.

Alla luce delle considerazioni su delineate, la presente ricerca intende proseguire lungo due direttrici: da una parte, dato il basso tasso di risposta, verificare le evidenze empiriche rilevate continuando la somministrazione del questionario e, dall'altra, ampliare lo studio attraverso l'analisi di *case-study* di eccellenza per

approfondire maggiormente gli aspetti di micro-progettazione organizzativa (come, ad esempio, l'analisi delle competenze) e i meccanismi operativi che caratterizzano il funzionamento dell'area dei servizi non sanitari nelle relazioni centro-periferia a livello aziendale e sovraziendale.

## **Bibliografia**

- Bergamaschi M. (2008), *Creazione del valore e organizzazione in sanità, Management e Sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Brusoni M. e Marsilio M. (2007), «La gestione centralizzata degli approvvigionamenti nei sistemi sanitari regionali», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2007*, Milano, EGEA.
- Carbone C. e Cattabeni L. (2005), «Analisi organizzativa dei servizi di supporto non sanitari», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2005*, Milano, EGEA.
- Del Vecchio M. (2001), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'Aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2001*, Milano, EGEA.
- Longo F. (2000), «Organizzazione e gestione del personale», in Bergamaschi M. (a cura di) *L'organizzazione delle aziende sanitarie, Management e Sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Mintzberg H. (1983), *Structuring in fives: designing effective organization*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.