

**BASI RELAZIONALI, ISTITUZIONALI E MANAGERIALI DELLA  
STRUTTURAZIONE ORGANIZZATIVA: UN CONFRONTO TRA  
PROSPETTIVE DI PROGETTAZIONE IN UN GRANDE OSPEDALE  
UNIVERSITARIO**

Americo Cicchetti, Alessandro Lomi

---

## **1 Introduzione**

La progettazione della struttura rappresenta uno dei principali temi trattati nell'ambito degli studi organizzativi. Da sempre, infatti, gli studiosi di organizzazione hanno cercato di associare cambiamenti sistematici e pianificati nelle configurazioni strutturali a variazioni nelle performance. Storicamente è possibile identificare almeno tre approcci – diversi ma in parte sovrapposti - alla spiegazione dei processi di strutturazione organizzativa. Il primo - che possiamo definire “dell’adattamento razionale”, intende l’organizzazione come il risultato di un processo deliberato da una unità centrale che si impegna nella divisione di un lavoro complesso tra diverse parti e partecipanti (Barnard, 1938). Il secondo approccio, che possiamo chiamare “istituzionale”, suggerisce invece che la scelta della forma e dei comportamenti organizzativi sia fortemente influenzata da una tendenza all’isomorfismo rispetto ad un ambito istituzionale più che da una ricerca dell’ottimizzazione (Selznick, 1957; Meyer, Rowan, 1977; Powell, DiMaggio, 1991). Il terzo approccio, infine, pone l’accento sulla rilevanza degli aspetti emergenti dell’azione organizzativa e propone un’immagine del processo di strutturazione organizzativa come insieme di azioni e decisioni interconnesse risultanti dall’interazione tra attori (March, Simon, 1958; Cyert, March, 1963; Thompson, 1967).

I processi di regolazione appaiono assai diversi nei tre approcci.

I modelli di adattamento razionale sono tipicamente modelli in cui il sistema di regolazione deriva da uno sforzo progettuale conseguente ad un’analisi tecnico-economica orientata all’individuazione delle soluzioni organizzative efficienti rispetto ad un dato contesto. I modelli istituzionali, invece, assumono un quadro istituzionale fisso e unitario che gli attori tendono a recepire e ad assorbire unitamente alle regole che tale quadro suggerisce. Al

contrario dei primi due, il terzo approccio considera la definizione delle regole come un processo incessante ed emergente in cui il cambiamento risulta parte integrante della realtà organizzativa.

Sullo sfondo di tale discussione, l'obiettivo principale di questo studio è di comprendere quale tra queste prospettive alla regolazione risulti maggiormente utile al fine di spiegare la variabilità della performance organizzativa. Questo confronto, a nostro parere, favorisce la discriminazione dei modelli di regolazione più idonei alle organizzazioni che operano in contesti fortemente mutevoli, che si caratterizzano per l'elevato livello di professionalizzazione degli operatori e per le quali, conseguentemente, i tradizionali modelli di pianificazione, coordinamento e controllo organizzativo risultano difficilmente applicabili. Il lavoro empirico che presentiamo, infatti, è stato sviluppato in una organizzazione ospedaliera di grandi dimensioni (1483 posti letto). La ricerca è stata progettata per confrontare le tre prospettive nel contesto di un'analisi comparata delle performance delle unità operative (UO) ospedaliere a seguito dell'applicazione di approcci alternativi nel disegno delle attività assistenziali. Il primo approccio – quello che abbiamo chiamato dell'adattamento razionale – dà luogo a una partizione delle unità operative basata su criteri stabiliti in modo centralizzato dal management dell'ospedale. Il secondo approccio – quello che abbiamo chiamato istituzionale – dà luogo a un disegno organizzativo basato su criteri ministeriali. Il terzo approccio infine – che possiamo chiamare “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.

A partire da tali considerazioni in questo studio cerchiamo la risposta alla seguente domanda: “Quale approccio alla progettazione della struttura organizzativa è più utile per spiegare la variabilità della performance?”

In termini più generali lo studio empirico intende fornire un contributo all’individuazione dei possibili modelli di regolazione in grado di affiancarsi, e in parte sostituire, i tradizionali modelli di progettazione organizzativa razionale considerati in crisi di fronte alla mutevolezza che caratterizza gli attuali contesti economici, sociali e competitivi (Nacamulli, 1997).

## **2 La progettazione organizzativa delle attività ospedaliere**

### *2.1 L’ospedale come laboratorio di ricerca sui principali temi organizzativi*

L’ospedale, a causa delle sue peculiarità organizzative, sembra essere un contesto particolarmente utile per porre a confronto le tre prospettive alla progettazione prima evidenziate.

Tutta la letteratura organizzativa che si è occupata di servizi sanitari (Perrow, 1965; Thompson, 1967; Heydebrand, 1973; Borgonovi, 1988; Mintzberg, 1983; Maggi 1994) considera l’ospedale come una struttura particolarmente complessa e con problematiche peculiari nel panorama delle forme organizzative.

Tre aspetti sembrano particolarmente rilevanti per le scelte di progettazione organizzativa negli ospedali:

- a. la particolare autonomia e discrezionalità di azione che godono i medici all'interno della burocrazia ospedaliera;
- b. la rilevanza delle relazioni di interdipendenza reciproca tra unità operative e tra singoli attori;
- c. il ruolo del settore pubblico nella sua funzione di definizione delle regole.

a. Le modalità di inserimento dei professional, i medici, nei meccanismi di pianificazione, coordinamento e controllo burocratico dell'ospedale hanno da sempre rappresentato uno dei principali problemi da risolvere per le scelte di progettazione e di gestione in ambito ospedaliero (Goss, 1956; Coser, 1958; Perrow, 1965; Friedson, 1970; Guerra, 1992). La diretta responsabilità (legale ed etica) del clinico nei confronti del paziente induce il professionista a pretendere ampi spazi di discrezionalità e autonomia nella fase di programmazione delle attività e dell'uso delle risorse. Ciò rende da un lato difficile, per un eventuale *middle-management*, effettuare una programmazione rigida delle attività e, allo stesso tempo, limita l'utilizzo di strumenti organizzativi di coordinamento (standardizzazione, programmazione).

L'attività assistenziale non può essere quindi programmata con orizzonti temporali lunghi e tantomeno in modo esatto e razionale a causa della rilevanza del fenomeno delle *urgenze* e per effetto della discrezionalità di scelta del percorso diagnostico terapeutico da parte del clinico rispetto al singolo paziente.<sup>1</sup>

b. Alla luce della rilevanza degli aspetti emergenti sopra individuati, le diverse unità operative sono chiamate a cooperare, non sulla base di programmi definiti a priori, ma in modo contingente. Le unità organizzative dell'ospedale risultano quindi fra loro fortemente interdipendenti. L'ambiguità tecnologica, caratterizzante i processi diagnostico-terapeutici,

e l'unicità di ogni caso clinico, evidenziano l'esistenza di una interdipendenza tra unità operative che risulta essere tipicamente *reciproca* e il meccanismo naturale di coordinamento tra i medici e tra le UO a cui appartengono appare essere quello del mutuo adattamento (Thompson, 1967). Le relazioni tra clinici, in questo contesto, assumono caratteristica di informalità e sostituiscono le relazioni gerarchiche formali tipiche delle strutture burocratiche (Mintzberg, 1983; Borgonovi, Zangrandi, 1988). *L'interdipendenza si sostanzia, quindi, nella necessità di scambi continui tra medici di unità operative diverse riguardanti prestazioni terapeutiche, servizi diagnostici e consulenze cliniche su singoli casi.* Questi contatti, la cui tempestività risulta determinante per la riduzione della durata della degenza e per la stessa qualità della prestazione (sia essa tecnica o percepita dall'utente), sono intrinseci a loro volta di ulteriori relazioni di scambio che hanno contenuto professionale (scambio di pareri, consigli), scientifico (ricerche, studi, convegni) o più strettamente di socializzazione (amicizia, interessi extra-lavorativi comuni).

c. In Italia, dove il settore pubblico attraverso il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) controlla oltre il 70% della spesa sanitaria, le indicazioni normative e le pressioni delle forze sociali e politiche influenzano in modo rilevante le scelte dei manager responsabili di ospedali e altre strutture assistenziali anche per quanto riguarda le scelte progettuali.

Gli ospedali italiani sono oggi chiamati dal legislatore (D.Lgs. 502/92 e decreti attuativi) ad una profonda revisione delle modalità gestionali e della strutturazione organizzativa. In particolare una recente normativa (L. 419/98, D.Lgs. 229/99) riconosce, ancora una volta, nel modello dipartimentale l'assetto organizzativo a cui le aziende sanitarie (pubbliche e private) devono uniformarsi.<sup>2</sup> Le indicazioni normative forniscono alcuni criteri di fondo per la riorganizzazione dipartimentale ("accorpamento di unità operative funzionalmente omogenee") ma per lo più tacciono circa le modalità attraverso le quali aggregare le attuali

unità operative derivanti dalle previsioni della legge 132/68 (divisioni di degenza e servizi diagnostico terapeutici).

## ***2.2. Modelli di dipartimentalizzazione dell'attività sanitaria***

### *Il modello istituzionale*

Tradizionalmente per “disegno organizzativo” si intende un particolare raggruppamento delle componenti organizzative in macro-unità che soddisfino (e – al limite – ottimizzino) particolari criteri di efficacia e/o efficienza. I pareri ovviamente differiscono su quali questi criteri siano – e chi eventualmente di fatto li stabilisca.

Un primo modello di accorpamento delle unità operative dell'ospedale è stato quello proposto dall'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (Roma) che, raccogliendo le indicazioni provenienti dai numerosi provvedimenti legislativi sull'organizzazione dipartimentale nel SSN, ha cercato di mettere ordine nella materia attraverso l'elaborazione di linee guida sull'organizzazione dipartimentale del SSN (Assr 1996).

Il documento sottolinea, in maniera alquanto dettagliata, gli aspetti di organizzazione interna della nuova struttura quali i compiti, le attività, le risorse e le modalità di gestione (ruoli), proponendo una lista di dipartimenti strutturabili e di unità operative afferenti agli stessi.

Sulla base di queste indicazioni e osservando i contenuti delle attività delle unità operative dell'ospedale oggetto di studio, si sono accorpate le 34 UO in otto dipartimenti (tab. 1).

L'applicazione da parte del management aziendale di tale modello suggerisce un tipo di comportamento tendente al mimetismo dell'organizzazione rispetto all'ambiente istituzionale che la circonda (quello del SSN in particolare) e un'esplicita rinuncia a

qualsiasi sforzo di razionalizzazione dell'uso delle risorse attraverso una progettualità che tenda ad adattare le esigenze organizzative a quelle del contesto.

### *Il modello manageriale*

Le indicazioni di principio contenute nel D.Lgs. 502/92, ribadite in tutte le leggi finanziarie dal 1993 al 1998, hanno spinto il management dell'ospedale presso il quale è stato svolto lo studio a dover riprogettare, similmente a molti altri ospedali in Italia, la struttura organizzativa in senso dipartimentale. A questo scopo il management ha affidato ad una società di consulenza un incarico per l'elaborazione di una proposta che tenesse conto degli aspetti tecnico-assistenziali, di quelli organizzativi di coordinamento e della situazione infrastrutturale.

La società di consulenza ha avanzato una propria ipotesi di dipartimentalizzazione basandosi su alcuni assunti di base:

- focalizzazione sull'intero percorso diagnostico terapeutico per gruppi omogenei di pazienti;
- ottimizzazione dell'impiego delle risorse in relazione all'intensità di cura;
- allocazione specifica di responsabilità sul risultato economico;
- introduzione della gestione degli incentivi come strumento di correlazione delle prestazioni individuali con quelle dell'intero dipartimento;
- conseguimento di sinergie gestionali attraverso l'introduzione di logiche di condivisione di spazi, personale, attrezzature ecc.



Il management ha verificato la fattibilità della proposta sulla base di criteri aggiuntivi di opportunità legati alla situazione organizzativa interna, giungendo ad una prima determinazione della riagggregazione delle unità operative in otto dipartimenti.

Questo secondo modello, quindi, scaturisce da uno sforzo progettuale del management coerente con una prospettiva razionale alla strutturazione organizzativa; attraverso una analisi dello specifico contesto e delle mutate condizioni ambientali la dirigenza propone una risposta orientata a dare maggiore efficienza alla struttura attraverso l'introduzione di una microstruttura con fini di coordinamento.

#### *Il modello costrutturale*

Il terzo modo di pensare alla relazione tra configurazione organizzativa e performance è forse il più coerente con quella visione che intende l'organizzazione come un processo strutturato di azioni e decisioni. L'esistenza di tale processo implica che la configurazione organizzativa effettiva, e con essa i processi di regolazione e le routine emergono come risultato degli scambi ripetuti che intervengono tra i diversi attori organizzativi. Per questo si è ritenuto che, al fine di suggerire modalità di dipartimentalizzazione basate su quello che abbiamo chiamato modello costrutturale, fosse necessaria la ricostruzione della rete di scambi esistenti tra le unità operative riguardo alcuni contenuti relazionali ritenuti particolarmente rilevanti nel contesto.

Attraverso interviste semistrutturate con i medici della direzione sanitaria e con alcuni clinici (n=54), sono stati selezionati due contenuti relazionali di scambio tra le UO considerate rilevanti a giudizio degli stessi medici con l'obiettivo di ricostruire la rete delle interrelazioni presenti all'interno della struttura:

- *relazioni di interdipendenza funzionale*: ossia scambio di prestazioni e di servizi finalizzati al trattamento dei pazienti;
- *relazioni professionali*: ossia scambio di conoscenze, consigli e impressioni su specifici casi clinici (consulenze cliniche).

In questo contesto per relazione funzionale si intende il tipo di scambio che avviene tra due UO al fine dello svolgimento delle attività produttive tipiche dell'organizzazione cui si fa riferimento. In accordo con una vasta letteratura in materia (Emerson, 1962; Hickson *et al.*, 1971; Brass, 1981; 1984; Astley, Zajac, 1990), le relazioni funzionali sono quelle che permettono di individuare i rapporti di interdipendenza tra le unità organizzative e tendono a definire anche la mappa dei poteri all'interno dell'organizzazione.

Il secondo contenuto relazionale ritenuto rilevante è quello derivante dallo scambio di consulenze cliniche riguardo specifici casi. La consulenza rappresenta lo strumento attraverso il quale i clinici si scambiano “soluzioni” diagnostico-terapeutiche. Nella percezione dei clinici, essa rappresenta un apporto di conoscenze su specifici problemi indirizzata a migliorare la comprensione della condizione patologica del paziente al fine della migliore formulazione della diagnosi e del relativo percorso terapeutico. Le unità operative e cliniche centrali rispetto a questo flusso di informazioni e conoscenze, alla luce di una vasta letteratura (Coleman, Katz, Menzel, 1957,1966; Zander, Kogut, 1995), possono godere di maggiori opportunità di apprendimento di conoscenze e innovazioni da trasferire nella pratica clinica giornaliera.

La ricostruzione attenta delle reti di scambi – e una strumentazione analitica capace di sfruttare la natura relazionale dei dati – ci ha permesso di ottenere un accorpamento delle unità operative della struttura ospedaliera in dipartimenti, che risponde non tanto ad un

modello aprioristico (“razionale” o “istituzionale”), quanto alla necessità di assecondare i processi assistenziali effettivamente osservati ed emergenti dall’azione organizzativa.

### **3 Research design e dati disponibili**

#### *3.1 Setting, fonti e statistiche descrittive*

Lo studio è svolto presso un policlinico universitario di grandi dimensioni (1483 posti letto) e ha coinvolto tutte le divisioni di degenza della struttura (34) nell’anno 1997.

Sono stati rilevati dati di struttura e di attività relativi alle 34 divisioni di degenza coinvolte nello studio per l’anno 1997 e dati relativi alle caratteristiche del personale medico delle unità operative. Le unità operative dell’ospedale appaiono alquanto eterogenee in termini dimensionali (posti letto), mentre le caratteristiche dei medici (età media percentuale di uomini e donne, commitment nei confronti della struttura) appaiono piuttosto omogenee a giudicare dalle basse deviazioni standard calcolate.

Per lo svolgimento dello studio è stato quindi necessario selezionare degli indicatori di performance delle unità operative da porre in relazione alle scelte progettuali di dipartimentalizzazione. Il sistema DRGs (Diagnoses Related Groups), a questo proposito, permette di classificare i pazienti e i ricoveri (ordinari e day-hospital) in 492 gruppi omogenei per assorbimento di risorse. Tale sistema garantisce la standardizzazione del prodotto ospedaliero e viene utilizzato per il finanziamento degli ospedali. Un tipico indicatore derivabile dalla classificazione per DRG, e utilizzato per la valutazione delle performance delle unità operative ospedaliere, è l’indice comparativo di performance (ICP). L’ICP è il rapporto tra la degenza media standardizzata per il case-mix del reparto e la

degenza media prevista da uno standard che nella fattispecie è stato computato utilizzando un database di 9 milioni di ricoveri in ospedali italiani nel 1993 (Taroni, 1996).

Nel nostro caso abbiamo utilizzato l'ICP come indicatore di performance per le 34 unità operative in studio, che nel 1997 hanno complessivamente trattato 34.820 pazienti.

La rilevazione della struttura relazionale è stata ottenuta attraverso interviste ai responsabili delle UO dell'ospedale effettuate a mezzo di questionario. Attraverso il questionario è stato richiesto ai responsabili delle unità operative di fornire una valutazione dell'intensità dell'interdipendenza in una scala da 1 a 10, e della frequenza degli scambi di consulenza con medici di altre UO (valori da 1 a 7).<sup>3</sup> Questo ha permesso la ricostruzione di due matrici di adiacenza *valued* e quadrate ( $i, j = 34$ ) con le diverse UO sui lati.

### ***3.2 Strategia analitica***

Per confrontare la capacità dei diversi approcci alla progettazione organizzativa di dare spiegazione alla variabilità della performance osservata nelle unità operative, abbiamo utilizzato la Quadratic Assignment Procedure (Hubert, Schultz, 1976). Ciò ha presupposto la trasformazione delle variabili dipendenti e indipendenti in matrici quadrate. A questo scopo il vettore degli indicatori comparativi di performance ( $ICP_i$ ), computati nelle singole unità operative, è stato trasformato in una matrice quadrata di differenze assolute. E' stato poi necessario costruire tre matrici (dette "matrici struttura"), che fossero in grado di catturare le implicazioni degli approcci alternativi alla progettazione. Sono stati quindi costruiti tre vettori di 34 osservazioni ( $M_i, I_i, C_i$ ), costituiti da valori compresi tra 1 e 8 e corrispondenti al numero di dipartimento di appartenenza di ogni unità operativa (vedi tab. 1). Il modello che abbiamo definito "costrutturale", e il relativo vettore, derivano dallo sviluppo di una *blockmodel analysis* esplorativa effettuata utilizzando le matrici di

adiacenza a loro volta derivanti dalla rilevazione dei due contenuti relazionali precedentemente individuati e che sarà descritta a breve. Una volta ottenuti i vettori questi sono stati trasformati in altrettante matrici quadrate,  $(I)_{ij}$ ,  $(M)_{ij}$  e  $(C)_{ij}$ , ottenute in modo analogo a quella degli indicatori di performance.

Prima di approfondire le modalità di utilizzo della QAP è opportuno ricostruire i metodi utilizzati per la costruzione del vettore  $C_i$  e successivamente delle matrici  $(C)_{ij}$ . Ricostruita la rete dei rapporti intercorrenti tra le unità operative in termini di *intensità delle relazioni di interdipendenza funzionale*, e in termini di *frequenza degli scambi di consulenza* tra le diverse unità operative, si è cercato di individuare l'esistenza, o meno, di gruppi di unità operative che risultassero strutturalmente equivalenti (Lorraine, White, 1971; Burt, 1982). La *social network analysis* fornisce un insieme di strumenti che permettono di verificare se, all'interno di un dato network  $N$ , è possibile individuare un numero discreto di nodi  $i$  quali, secondo un dato modello di partizione, detto appunto "blockmodel", possano essere associati ad una specifica "posizione"  $B$ . Un aspetto centrale, nella definizione di un blockmodel, è quello dell'individuazione della regola che permette il raggruppamento di un numero discreto di attori del network  $N$  all'interno della posizione  $B$ . La vasta letteratura sui blockmodel ha identificato alcune possibili regole di partizione degli attori nel network (Wasserman, Faust, 1994). Le regole del *perfect fit* (Burt, 1982) e dello *zeroblock* (White, Brooman, Breiger, 1976), che presuppongono rispettivamente un'equivalenza strutturale assoluta (o assolutamente inesistente) per riunire gli attori all'interno dei blocchi, sono difficilmente applicabili nei network reali. Comunemente si sceglie un valore  $\alpha$  di densità dei legami interni tra attori tale da giustificare la necessità di accorpamento degli attori in una posizione (Arabie, Boorman, Levitt, 1978; Ennis, 1982; Arabie, 1984).

Per entrambi i contenuti relazionali dalla matrice iniziale  $C$  ( $i, j = 34$ ) si ottiene una matrice "immagine"  $M$  di dimensioni ridotte (nella fattispecie 8, come il numero di dipartimenti)

dove le celle avranno valore 0 o 1 a seconda che le posizioni siano legate o meno rispetto al valore di densità  $\alpha$  prescelto ( $\alpha = 0,2$ ).

Ottenuti questi accorpamenti è stato possibile, analogamente a quanto fatto per gli altri due approcci, ricostruire prima un vettore di 34 osservazioni a 8 modalità (1-8) e, infine, una matrice quadrata delle differenze assolute (la  $(C)_{ij} = 34 \times 34$ ).

A questo punto le tre matrici,  $(I)_{ij}$ ,  $(M)_{ij}$  e  $(C)_{ij}$  sono state correlate con la matrice  $(P)_{ij}$  costruita con la variabile dipendente ICP, utilizzando la QAP. La procedura prevede in una prima fase la computazione di un indice di correlazione di Pearson tra le celle corrispondenti e, successivamente, permutando in modo casuale le righe con le colonne, il ricalcolo dell'indice di correlazione (1500 volte). Una correlazione positiva e una bassa proporzione delle volte in cui la correlazione basata sulla permutazione casuale è uguale o maggiore di quella osservata ( $<0,05$ ) evidenzia una diminuzione della probabilità che la correlazione tra le due matrici sia casuale.

#### **4 Analisi**

Per tutti e tre i modelli di dipartimentalizzazione si è utilizzata la QAP per confrontare la matrice delle performance delle singole UO con quelle derivanti dall'accorpamento secondo le tre diverse modalità.

Il modello di dipartimentalizzazione derivante dalla blockmodel analysis sembra essere l'unico modello correlato in modo significativo con l'indicatore di performance selezionato, l'indice comparativo di performance espresso dalla matrice  $P_{ij}$ . (Tabella 2).

=====

## Tabella 2 circa qui

=====

La significatività del risultato ( $p=.05$ ) è sostenuta dal fatto che la proporzione di permutazioni casuali superiori a quella osservata ( $r^2 = 0.319$ ) risulta assolutamente irrilevante (0.001). La correlazione tra le matrici struttura derivanti dal modello istituzionale e manageriale ha evidenziato livelli di correlazione osservata significativamente inferiori (-0.096 e -0.097 rispettivamente).

Le colonne “coincidenze” in questo caso non sono significative, in quanto individuano la proporzione di volte in cui le celle corrispondenti delle matrici confrontate assumono gli stessi valori. Tali colonne sono invece interessanti da osservare dal momento in cui si ripeta la QAP tra le diverse matrici struttura, utilizzandola così come strumento di confronto della similitudine tra network.

I risultati sostengono e, nello stesso tempo, spiegano i risultati osservati nella tabella precedente. Le matrici struttura  $(I)_{ij}$  e  $(M)_{ij}$ , e quindi i relativi modelli di dipartimento a cui si riferiscono, appaiono tra loro più simili rispetto al modello sintetizzato dalla matrice  $C_{ij}$  (tab. 2).

Infatti se tra  $(I)_{ij}$  e  $(M)_{ij}$  la proporzione di coincidenze è pari al 29,2% dei casi sul totale (1022 celle complessive per le matrici 34x34), questa proporzione scende rispettivamente al 16,8% per  $(C)_{ij}$  e  $(M)_{ij}$ , e al 16,4% nel confronto tra  $(C)_{ij}$  e  $(I)_{ij}$ .

I risultati delle analisi di correlazione (per brevità qui non riportati) evidenziano come reparti strutturalmente equivalenti in termini di struttura relazionale, quelli cioè che risultano inseriti nello stesso dipartimento secondo il modello “costrutturale”, sembrano avere comportamenti simili testimoniati da performance simili. Questa equivalenza non sembra verificarsi tra i reparti dei dipartimenti ottenuti con gli altri due modelli di

accorpamento. Un approfondimento di analisi sarebbe necessario per verificare le caratteristiche relazionali, in termini sia di interdipendenza funzionale sia di scambi di consulenza, dei reparti che appartengono a blocchi che mostrano le migliori performance.

Sarebbe cioè necessario comprendere le motivazioni della similitudine in termini di legami nella rete dei due reparti di Medicina generale e del reparto di Endocrinologia che rientrano nello stesso blocco (7) e che, nello stesso tempo, evidenziano i maggiori livelli di performance. Stesso discorso può essere fatto per l'altro blocco di area medica (8), che sembra avere

Per cercare di individuare le caratteristiche della struttura relazionale dei reparti che mostrano i migliori indicatori di performance rispetto agli altri abbiamo visualizzato la rete delle relazioni esistenti tra i blocchi (i dipartimenti) a seguito della applicazione del modello “costrutturale” (fig. 1). I blocchi con le migliori performance (area medica) sono anche quelli che, osservando la direzione dei legami, ricevono consulenze con maggiore frequenza dagli altri e quelli da cui la maggior parte degli altri dipartimenti si sentono dipendenti.

=====  
Figura 1 circa qui  
=====

## **5 Discussione e conclusioni**

In questo lavoro siamo partiti da una discussione sui diversi modi di pensare alla relazione tra struttura organizzativa e performance – un tema in un certo senso classico negli studi organizzativi. Questo ci ha permesso di passare in rassegna – seppure brevemente – una varietà di manifestazioni empiriche in cui si presentano termini come “struttura”, “gerarchia”, e “interdipendenza”. A partire da queste considerazioni crediamo che la novità



principale del presente lavoro sia costituita dallo sforzo di rappresentare in modo comparativo modelli concettuali che hanno tipicamente prodotto piani di ricerca non commensurabili e risultati empirici non cumulabili.

Il modello che abbiamo chiamato costrutturale, è quello che, meglio degli altri, sembra dare spiegazione della varianza osservata nelle performance delle unità operative. Questo sembra suggerire che l'osservazione dell'azione organizzativa emergente dal tipo di *case-mix*, che l'ospedale si è trovato ad affrontare, rappresenta il miglior modo per rappresentare l'azione organizzativa stessa, supportando un modello di progettazione emergente 'dal basso.' Due considerazioni appaiono opportune a riguardo del possibile utilizzo dei risultati ottenuti. In primo luogo tali indicazioni possono essere utilizzate come elementi ulteriori a supporto delle scelte di progettazione solo dopo una attenta valutazione dei risultati rispetto al contesto. Secondariamente, non possono essere considerate soluzioni di progettazione la cui validità rimane costante nel tempo, ma devono essere necessariamente riviste in funzione dei cambiamenti che si verificano nei processi diagnostico-terapeutici. Ad ogni innovazione tecnica o tecnologica rilevante (per esempio lo sviluppo della chirurgia laparoscopica al posto di quella "aperta") tenderanno a modificarsi le relazioni di interdipendenza, suggerendo così una riallocazione delle unità operative nella struttura organizzativa di coordinamento (il dipartimento).

Utilizzata in questa maniera, l'analisi relazionale permette di verificare (con cadenza periodica) il grado di sovrapposizione dell'organizzazione formale ai cambiamenti nella rete delle interdipendenze emergenti dalle variazioni (significative) del case-mix e delle modalità di diagnosi e cura. Questa analisi può essere utilizzata dal management per gli eventuali correttivi da apportare alla strutturazione dell'organizzazione formale in maniera tale che questa possa continuare ad assecondare e favorire i processi che si verificano indipendentemente dal tipo di strutturazione adottata.

Da un punto di vista teorico questo approccio riconosce la razionalità limitata e intenzionale del management e propone un modo di disegnare l'organizzazione che tiene conto di un processo di continuo adattamento delle unità di coordinamento “alle *relazioni* e alle *strutture di relazionali* che i soggetti agenti producono e riproducono incessantemente escludendo l'idea di struttura come entità a sé stante, sovra-ordinata o comunque separata dagli individui” (Maggi, 1997), ma comunque necessaria per sostenere l'intenzionalità verso il percorso di ottimizzazione.

Da un punto di vista metodologico, invece, il particolare contesto in cui questo studio è stato effettuato ha permesso di confrontare i tre approcci alla strutturazione organizzativa utilizzando gli stessi metodi di indagine. Questo aspetto si ritiene possa essere uno dei punti qualificanti del lavoro. Aver ricondotto a matrici struttura le risultanze dei diversi criteri di strutturazione ha infatti permesso di utilizzare una stessa strumentazione di indagine che rendesse direttamente confrontabile l'effetto generato dalle scelte strutturali sulla performance organizzativa.

## **Riferimenti bibliografici**

Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali, 1995, *Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale*, Roma. ASSR.

Arabie L., 1984, "Validation of sociometric structure by data on individuals' attributes", *Social Networks*, 6: 373-403.

Arabie P., Boorman S., Levitt P., 1978, "Constructing blockmodels: How and why", *Journal Mathematical Psychology*, 17: 21-63

Astley G.W. ,Zajac E.J., 1990, "Beyond dyadic exchange: Functional interdependence and sub-unit power", *Organization Studies*, 114: 481-501.

Barnard C., 1938, *The Functions of the Executive*, Cambridge, Harvard University Press.

Borgonovi E., Zangrandi F., 1988, *L'ospedale*, Milano, Giuffrè.

Brass D.J., 1981, "Structural relationships, job characteristic and worker satisfaction and performance", *Administrative Science Quarterly*, 26: 331-348.

Brass D.J., 1984, "Being in the right place: a structural analysis of individual influence in an organization", *Administrative Science Quarterly*, 29: 518-539.

Burt R. ,1982, *Toward a Structural Theory of Action. Network Models of Social Structure: Perception and Action*, New York, Academic Press.

Coleman J., Katz E., Menzel H., 1957, "The diffusion of innovation among physicians", *Sociometry*, 204: 253-270.

Coleman J., Katz E., Menzel H., 1966, *Medical Innovation: A Diffusion Study*, Indianapolis, Bobbs-Merril.

Coser R., 1958, "Authority and decision-making in a hospital", *American Sociological Review*, 23: 56-64.

Cyert R., March J., 1963, *Behavioral Theory of the Firm*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall.

Emerson R.E., 1962, "Power-dependence relations", *American Sociological Review*, 27: 31-41.

Ennis J., 1982, "Blockmodel and spatial representation of group structure: Some comparisons", in Hudson H.C. (ed), *Classifying Social Data*, San Francisco, Jossey-Bass: 199-214.

Friedson E., 1970, *Professional Dominance: The Social Structure of Medical Care*, New York, Atherton Press.

Goss M., 1962, "Administration and the physician", *American Journal of Public Health*, 52: 183-191.

Guerra G., 1992, *Psicosociologia dell'ospedale: Analisi organizzativa e processi di cambiamento*, Roma, NIS.

Heydebrand W., 1973, *Hospital Bureaucracy. A comparative Study of Organizations*, Cambridge, Cambridge University Press.

Hickson D.J., Hinings C.A., Lee C.A. , Schneck R.E. , Pennings J.M., 1971, "A Strategic contingencies: Theory of interorganizational power", *Administrative Science Quarterly*, 16: 216-229.

Hubert L. ,Shultz J., 1976, "Quadratic assignment as a general data analysis strategy", *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 29: 190-241.

- Lorraine F., White H., 1971, "Structural equivalence of individuals in social networks", *Journal of Mathematical Sociology*, 1: 49-80.
- Maggi B., 1994, "L'organizzazione dei Servizi Sanitari", *Organizzazione Sanitaria*, 2: 47-63.
- Maggi B., 1997, Prefazione, in Lomi A. (a cura di), *L'analisi relazionale delle organizzazioni*, Bologna, Il Mulino: 21-49.
- March J. , Simon H, 1958, *Organizations*, New York, Wiley.
- Meyer J., Rowan B., 1977, "Istituzionalized organizations: Formal structure as myth and ceremony", *American Journal of Sociology*, 83: 340-363.
- Mintzberg H., 1983, *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Nacamulli R.C.D., 1997, Introduzione, in Costa G., Nacamulli, R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale, La progettazione organizzativa*, vol. 2, Torino, Utet: XXI-XLIV.
- Perrow C., 1965, "Hospitals: Technology, structure and goals", in March J. (ed), *Handbook of organizations*, Chicago, Rand McNally.
- Powell W., DiMaggio P., 1991, *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, Chicago, University of Chicago Press.
- Selznick P., 1957, *Leadership in Administration*, New York, Harper-Row.
- Taroni F., 1996, *ROD/DRG e nuovo sistema di pagamento a prestazione*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore.
- Thompson J.D., 1967, *Organizations in Actions*, New York, McGraw-Hill

Wasserman S., Faust K., 1994, *Social Network Analysis: Methods and Applications*, Cambridge University Press, New York.

White H.C., Boorman S.A., Breiger R.L., 1976, "Social structure from multiple networks. I. Blockmodels of roles and positions", *American Journal of Sociology*, 81: 730-779.

Zander U., Kogut B., 1995, "Knowledge and the speed of the transfer and imitation of organizational capabilities: An empirical test", *Organization Science*, 61: 76-92.

**Tabella 1- Afferenza delle unità operative ai dipartimenti secondo i tre modelli**

Unità Operativa	Afferenza delle unità operative ai dipartimenti		
	Modello	Modello	Modello
	Istituzionale (Vettore I <sub>i</sub> )	Manageriale (Vettore M <sub>i</sub> )	Costrutturale (Vettore C <sub>i</sub> )
CARDIOCHIRURGIA	3	2	1
CARDIOLOGIA	3	7	2
CHIR. DIGESTIVA	1	2	3
CHIR. GENERALE (Patologia)	1	1	3
CHIR. GENERALE (Semeiotica)	1	1	3
CHIR. GERIATRICA	1	1	3
CHIR. PEDIATRICA	4	1	4
CHIR. PLASTICA	1	2	1
CHIR. SOSTITUTIVA E DEI TRAPIANTI	1	2	3
CHIR. TORACICA	1	2	1
CHIR. VERTEBRALE	2	2	5
DERMATOLOGIA	6	6	1
EMATOLOGIA	7	7	6
ENDOCRINOCHIRURGIA	1	2	3
ENDOCRINOLOGIA	6	6	7
GERONTOLOGIA	5	5	8
GINECOLOGIA DISFUNZIONALE	4	8	1
MALATTIE DEL RICAMBIO	5	5	8
MALATTIE INFETTIVE	6	7	2
MEDICINA GENERALE (Clinica)	5	5	7
MEDICINA GENERALE (Patologia)	5	5	7
NEONATOLOGIA	4	8	4
NEUROCHIRURGIA E NEUROTRAUMATOLOGIA	2	3	3
NEUROLOGIA	2	3	1
OCULISTICA	8	4	1
ONCOLOGIA PEDIATRICA	4	7	4
ORTOPEDIA	8	4	5
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	8	4	1
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	4	8	5
OTORINOLARINGOIATRIA	8	4	3
PATOLOGIA OSTETRICA E GINECOLOGICA	4	8	4
RADIOTERAPIA	7	7	8
TERAPIA MEDICA	5	5	8
UROLOGIA	1	6	1

**Tabella 2 – Risultati della QAP**

A) Similitudine tra matrici struttura e matrice performance.	Modello Istituzionale		Modello Manageriale		Modello Costrutturale	
	Correlazione	Coincidenze	Correlazione	Coincidenze	Correlazione	Coincidenze
Valore osservato	<b>-0,096</b>	0,000	<b>-0,097</b>	0,000	<b>0,319</b>	0,000
Media	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Dev. standard	0,067	0,001	0,060	0,001	0,068	0,001
Prop. di valori superiori	<b>0,956</b>	1,000	<b>0,979</b>	1,000	<b>0,001</b>	1,000
Prop. di valori inferiori	0,044	0,887	0,021	0,881	0,999	0,851

B) Similitudine tra matrici struttura	Istituzionale-Costrutturale		Manageriale- Costrutturale		Manageriale-Istituzionale	
	Correlazione	Coincidenze	Correlazione	Coincidenze	Correlazione	Coincidenze
Valore osservato	<b>0,067</b>	0,164	<b>-0,046</b>	0,168	<b>0,269</b>	0,292
Media	0,002	0,140	0,000	0,142	0,001	0,146
Dev. standard	0,053	0,016	0,048	0,015	0,049	0,016
Prop. di valori superiori	<b>0,113</b>	0,770	<b>0,855</b>	0,065	<b>0,001</b>	0,000
Prop. di valori inferiori	0,889	0,935	0,153	0,947	0,999	1,000



## Figura 1 - *Blockmodel analysis* - Modello Costrutturale

Consulenze  
Cliniche

Titolo:

Autore:

Krackplot 3

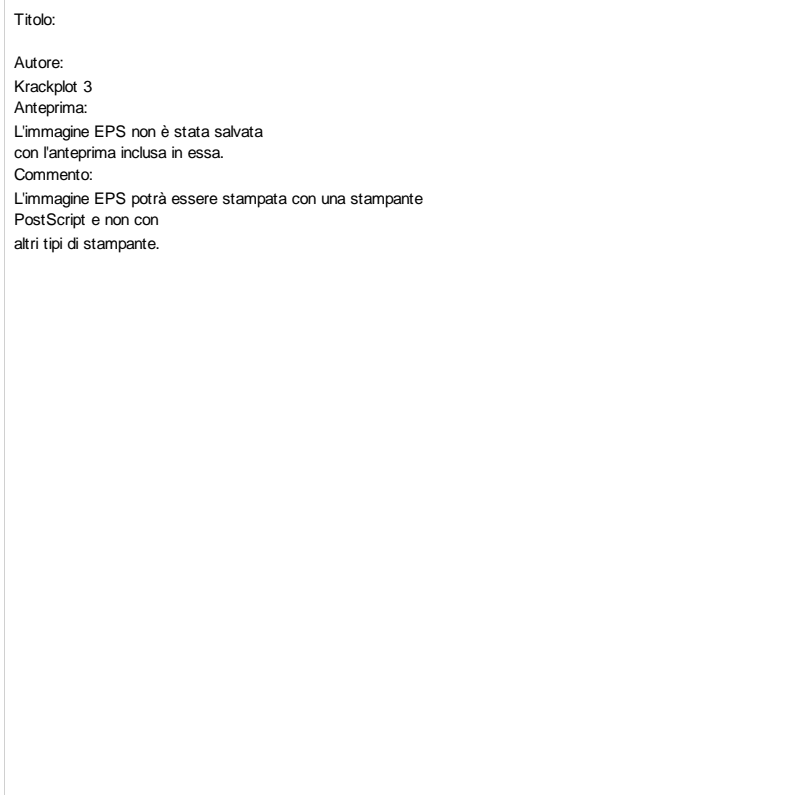
Anteprima:

L'immagine EPS non è stata salvata  
con l'anteprima inclusa in essa.

Commento:

L'immagine EPS potrà essere stampata con una stampante  
PostScript e non con  
altri tipi di stampante.

Interdipendenze  
funzionali



---

1

## Note

La diffusione dell'utilizzo di linee guida per la pratica clinica tende a contenere la discrezionalità del clinico rispetto ai singoli casi e ad incrementare il ruolo delle evidenze scientifiche disponibili a livello mondiale quale fonte di definizione del percorso diagnostico terapeutico.

<sup>2</sup> A partire dalla legge 128/69, numerosi sono i provvedimenti legislativi che hanno proposto e suggerito l'attuazione dell'organizzazione per dipartimenti negli ospedali italiani.

---

<sup>3</sup> Frequenze: 1 = mai, 2 = una volta al mese, 3 = due o tre volte al mese , 4 = circa una volta a settimana, 5 = due o più volte a settimana, 6 = una volta al giorno, 7 = più volte al giorno.