

# Le risorse umane nelle organizzazioni sanitarie

V. Panella

*Ufficio di Piano – ASL di Perugia*

**T**ra i numerosi modelli interpretativi utilizzati per descrivere, analizzare, capire una organizzazione, nel tempo se ne è affermato, in particolare, uno: si tratta del modello di analisi sistemica (1-3), che applica allo studio delle organizzazioni i fondamenti della teoria dei sistemi (4), sulla base della considerazione che un'organizzazione sia intesa come un sistema (insieme di elementi in reciproca relazione tra loro, organizzati per la realizzazione di un fine) complesso (ovvero a sua volta costituito da più sub-sistemi tra loro interagenti) e aperto (nel senso che scambia risorse e risultati con l'ambiente che lo circonda).

Questo modello, certamente applicabile anche alle organizzazioni sanitarie (5), prevede che:

- l'azienda sanitaria non è un fenomeno naturale ma è qualcosa di costruito, con lo scopo di raggiungere determinati obiettivi utili a perseguire le finalità istituzionali per le quali essa è stata istituita;
- il suo sistema organizzativo ha la caratteristica di essere aperto agli scambi con l'ambiente in cui è inse-

rito, dal quale riceve risorse e al quale restituisce risultati;

- all'interno del sistema avviene la trasformazione delle risorse in risultati, attraverso l'utilizzazione delle tecnologie e il lavoro degli operatori, opportunamente organizzati in apposite strutture e gestiti attraverso meccanismi operativi.

Dunque gli elementi costitutivi essenziali che si trovano dentro un'organizzazione sono la struttura organizzativa e i sistemi operativi (6).

Per struttura organizzativa si intende l'ossatura portante dell'organizzazione; essa viene comunemente rappresentata attraverso l'organigramma, che descrive le singole unità organizzative e le relazioni che le uniscono; nell'organigramma di un'azienda sanitaria si trovano abitualmente rappresentati il vertice direzionale, i suoi organi di staff, le divisioni, i dipartimenti, i distretti che costituiscono la componente "produttiva".

Tuttavia occorre tenere presente che le linee che nella rappresentazione grafica dell'organigramma uniscono le varie unità organizzative rappresentano le relazioni gerarchiche tra

esse intercorrenti ma non le relazioni funzionali, che in una organizzazione professionale occupano un ruolo almeno altrettanto importante.

I sistemi operativi costituiscono, invece, l'insieme di criteri e regole con cui l'organizzazione viene governata, o meglio i meccanismi attraverso cui le risorse a disposizione vengono gestite al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali. Tra essi, quelli maggiormente rilevanti sono il sistema di programmazione e controllo, i sistemi informativi e decisionali e infine i sistemi operativi di gestione delle risorse umane.

Scopo di questo contributo è quello di soffermarsi sulla centralità di queste ultime e sulle più rilevanti modalità di gestione delle stesse.

## ***L'autonomia professionale***

Gli operatori sanitari occupati sia in strutture pubbliche che nel privato, non sempre raggiungono i livelli auspicati di efficacia operativa, spesso a causa di problemi di natura gestionale e organizzativa, derivanti da

una utilizzazione frammentaria e scoordinata degli strumenti disponibili per la gestione delle risorse umane. D'altra parte è possibile riscontrare quotidianamente l'esistenza di realtà che esprimono livelli di efficienza e di efficacia operativa superiori alle aspettative, proprio in virtù di climi che facilitano la performance lavorativa grazie a una corretta adozione di meccanismi operativi di gestione delle risorse umane.

La stessa qualità del servizio è condizionata in modo decisivo dalla qualità degli operatori che vi lavorano, che adottano comportamenti e che assumono decisioni sia ai vari livelli di responsabilità che nelle diverse circostanze operative (7).

Peraltro il rilievo strategico attribuibile alle politiche di gestione delle risorse umane costituisce ormai un punto fermo; la quantità e la qualità delle risorse umane disponibili condizionano la formazione e la realizzazione della strategia aziendale, così come le scelte strategiche orientano le politiche di gestione delle risorse umane verso modalità e obiettivi coerenti con la strategia.

Alla luce del paradigma sistemico sopra richiamato, le sinergie e i reciproci condizionamenti tra l'ambiente socio-economico in cui l'azienda sanitaria opera, le sue scelte strategiche, la struttura organizzativa e i meccanismi operativi di gestione del personale instaurano tra loro rapporti dialettici in grado di determinare modifiche ed evoluzioni del sistema organizzativo aziendale, di cui ne condizionano i risultati complessivi (8, 9).

Facendo riferimento a una delle più diffuse tassonomie relative alle varie configurazioni che un'organizzazione può assumere (10, 11), vi è consenso circa la classificazione delle organizzazioni sanitarie – insieme al settore dell'istruzione, alle società di consulenza e in generale ad attività erogatrici di servizi che si fondano sulle capacità e sulle conoscenze dei professionisti – tra le cosiddette “burocrazie professionali”. Si tratta di organizzazioni nelle qua-

li il potere non è concentrato in maniera esclusiva nel vertice strategico, ma piuttosto è diffuso nelle strutture operative, laddove è dislocato personale altamente qualificato, che si avvale di metodologie difficili da apprendere, al quale è riconosciuto un considerevole grado di autonomia e di controllo sul proprio lavoro. Autonomia e controllo significano discrezionalità decisoria nell'uso delle risorse e possibilità di lavorare in maniera relativamente indipendente dai propri colleghi e in stretta relazione con le persone che vengono servite.

Sullo specifico tema dell'autonomia professionale sono stati sviluppati contributi teorici consolidati (12, 13). Sinteticamente, essa si fonda su poche ma forti circostanze:

- la domanda di assistenza sanitaria si esplicita attraverso l'operatore e solo conseguentemente assume rilevanza organizzativa;
- il processo di trasformazione di un bisogno in domanda avviene attraverso uno specifico comportamento professionale, che è “incorporato” dall'operatore;
- conseguentemente il professionista non si limita ad erogare il servizio, ma contribuisce a determinare la domanda; egli, dunque, definisce sia la domanda che l'offerta.

D'altro canto un così elevato livello di autonomia, se da una parte comporta difficoltà per il vertice strategico in termini di coordinamento, standardizzazione e distribuzione del potere, dall'altra parte è indispensabile per l'efficace funzionamento dell'azienda (e in definitiva per il suo successo), stante il fatto che le conoscenze necessarie al soddisfacimento della domanda di assistenza, costituenti il core delle prestazioni, sono dislocate pressoché completamente nelle professionalità operanti nelle strutture di erogazione.

### ***Amministrazione e gestione delle risorse umane***

Tali specificità, che caratterizzano le aziende sanitarie e che rendono la ri-

sorsa umana ancora più strategica di quanto non lo sia in altre tipologie di organizzazioni, danno la misura di quanto sia indispensabile dotarsi di strumenti e di metodologie per il governo del personale.

Nella storia della pubblica amministrazione tale funzione è stata tradizionalmente attribuita agli “uffici personale”, il cui contesto si caratterizzava per un'impostazione meramente amministrativa.

L'approccio di tipo amministrativo del personale è improntato a una concezione di tipo giuridico-contabile, volta primariamente ad amministrare il rapporto di lavoro, avente come prodotto un insieme di atti e procedure riguardanti l'impiego del personale nelle attività e volti a garantire la legittimità formale, con una collocazione nell'organigramma internamente alla direzione amministrativa; si tratta di realtà nelle quali il vertice aziendale stesso non possiede una concezione strategica delle risorse umane.

La diffusione dei processi di aziendalizzazione, tra gli altri effetti, ha determinato una maggiore attenzione al raggiungimento dei risultati (sia in termini di maggior efficacia nel perseguire outcomes di salute che in termini di maggior efficienza gestionale e operativa, con riferimento anche al risultato economico) e conseguentemente un'attenzione proporzionalmente maggiore alle politiche del personale.

Ne sta derivando il superamento delle logiche esclusivamente formali di cui sopra, in favore di approcci maggiormente integrati.

La gestione del personale, conseguentemente, risulta improntata a un approccio non solo amministrativo, volto primariamente a definire specifiche politiche per le risorse umane, avente una focalizzazione prevalente al raggiungimento degli obiettivi; la funzione di gestione del personale non può essere concentrata in un servizio centrale, ma diventa distribuita in tutte le strutture operative nelle quali il personale è effettivamente operante e conseguentemente richiede che gli strumenti e i meccanismi operativi di gestione delle risorse umane divenga-

no essi stessi una competenza diffusa a tutto il management intermedio dell'azienda.

L'integrazione tra i due approcci – gestione e amministrazione – dà luogo alla funzione di direzione del personale, basata sull'adozione di un'ottica più generale, volta a ricercare in maniera sistematica le compatibilità e le coerenze tra scelte strategiche e politiche del personale; in tal modo si cerca di soddisfare da un lato l'esigenza, per motivi di unità della direzione e di economie di scala, di concentrare talune funzioni e renderle omogenee e coerenti, affidandole a personale specializzato e dall'altro lato l'esigenza di responsabilizzazione dei dirigenti dei servizi, dotandoli di ambiti di iniziativa e di capacità di risposta autonoma, avvicinando il momento di insorgenza dei problemi e il momento della loro risoluzione.

### ***Configurare i ruoli e le mansioni***

Se la finalità maggiormente rilevante che i meccanismi operativi di gestione del personale sono chiamati a svolgere consiste nel determinare le condizioni per un uso strategico delle risorse umane, il tema della motivazione al lavoro e della progettazione delle mansioni diviene il principale campo di interesse.

La progettazione delle mansioni produce effetti sulla motivazione e, conseguentemente, sulla flessibilità dell'organizzazione, sulla produttività e sulla qualità del servizio erogato, contribuendo ad attribuire coerenza all'assetto organizzativo nel suo complesso.

Mentre nella visione meccanica dell'organizzazione la definizione della mansione era soprattutto funzione delle tecnologie disponibili e delle economie di scala e il miglioramento della mansione stessa corrispondeva pressoché esclusivamente all'ottenimento della massima specializzazione nell'esecuzione di specifici compiti, l'affermazione di modelli organizzativi basati sulle conoscenze dei professionisti ha spinto alla ricerca di moda-

lità di progettazione delle mansioni più ricche, ove il contenuto intrinseco della mansione diventasse importante per la motivazione (3, 14, 15).

Queste esigenze trovano riscontro nella rotazione, nell'allargamento e nell'arricchimento delle mansioni quali modalità in grado di tenere conto dell'evoluzione della forza-lavoro e di combinare in modo ottimale le necessità di produttività e quelle di soddisfazione dei bisogni psicologici degli operatori (16).

Mentre la rotazione dei compiti non modifica il contenuto della mansione, limitandosi a ridurre la ripetitività e la monotonia, l'allargamento si prefigge di conferire alla mansione un risultato più compiuto, e quindi professionalmente più significativo, attraverso l'unificazione di più fasi contigue di un ciclo di lavoro; l'allargamento può contemporaneamente rispondere ad esigenze non solo del lavoratore ma anche dell'azienda, migliorando la qualità del servizio prodotto nella misura nella quale essa è correlata all'esecuzione dei compiti coinvolti nella mansione allargata nonché migliorando la risposta ad eventuali variabilità del ciclo di lavoro.

L'arricchimento, invece, comporta un aumento dell'autonomia decisionale dell'operatore, in quanto ricompono all'interno di ogni singola mansione sia compiti esecutivi che compiti discrezionali; questa modalità può portare conseguenze significative anche sulla composizione stessa dell'unità organizzativa, in quanto può ridistribuire le attività tra varie tipologie di operatori, inclusi livelli diversi da quelli dell'operatore direttamente interessato.

Questa forma di riprogettazione della mansione sovente genera una maggior responsabilizzazione come conseguenza del maggior controllo che l'operatore dispone sulla propria situazione di lavoro, nonché un aumento della qualificazione professionale.

Essa rappresenta, inoltre, la risposta ad esigenze poste dai contratti collettivi di lavoro, di conseguire aumenti di professionalità collegati a miglioramenti del trattamento retributivo; a riguardo si consideri come sia cambia-

to, nel corso degli ultimi anni, il lavoro delle professioni sanitarie per effetto dell'introduzione delle cosiddette "carriere orizzontali", che hanno condizionato la ridefinizione delle mansioni e dei ruoli sia dei medici che degli infermieri.

Dunque la rotazione spezza la monotonia derivante dalla ripetitività del compito, l'allargamento conferisce maggiore varietà e identità, l'arricchimento genera maggiore autonomia.

Dove per varietà si intende il grado di diversità legato ai compiti elementari contenuti nella mansione, per identità la capacità di un insieme coerente di compiti di conferire riconoscimento e considerazione, per autonomia l'ambito di discrezionalità che l'operatore può utilizzare nella programmazione del suo intervento e nella scelta delle modalità operative.

### ***Il modello delle competenze***

Benché un'adeguata e attenta progettazione delle mansioni produca effetti positivi sulla motivazione, occorre tuttavia considerare che in organizzazioni complesse fortemente basate sul lavoro dei professionisti la sola motivazione non è sufficiente a garantire adeguati risultati, in ragione dell'elemento essenzialmente psicologico della stessa. Entrano in gioco anche le capacità di lavoro, basate in buona parte sulle conoscenze e sulle abilità dell'operatore.

Si affaccia così nel panorama del management delle risorse umane un tema nuovo e affascinante, che sta conquistando ampia parte del dibattito e dell'approfondimento teorico: il knowledge management, la gestione delle conoscenze (17, 18).

La stessa caratterizzazione che nelle organizzazioni professionali fa capo al sapere distintivo posseduto dai suoi membri, si diffonde alla società intera, che è sempre più definibile come una società basata sulla conoscenza.

La knowledge society, che viene considerata una forma di società post-capitalistica (19), è incentrata sull'esistenza e sulla diffusione di una notevole quantità di saperi specifici, che

non dipendono dalla disponibilità di risorse naturali e che possono operare in qualsiasi parte del pianeta, non essendo necessaria una loro localizzazione radicata, sia perché non sono legati a mezzi di produzione fisici sia grazie alle potenzialità derivanti dall'information technology. La knowledge society è centrata sul concetto di knowledge worker, di lavoratore della conoscenza.

La rete di conoscenze che si integrano contribuirà più di qualsiasi altro elemento a determinare il successo delle organizzazioni e il mantenimento del loro vantaggio competitivo, anche attraverso una differente concezione del sapere utile al lavoro, che non è solo (né forse prevalentemente) conoscenza di tipo razionale e tecnico-scientifica, ma comprende una serie di abilità relazionali e di problem solving che poco hanno a che vedere con la conoscenza formalizzata e teorica acquisibile attraverso la formazione scolastica.

Gli effetti che questa dinamica avrà sulla stessa concezione dell'idea di mansione sono tali da imporne una sua evoluzione verso il ruolo, inteso come riferimento non a singole attività ma a cicli di prestazioni finalizzate a un risultato significativo, in un contesto di relazioni con altri ruoli organizzativi. L'analisi dei contenuti del ruolo e della professionalità stessa, si focalizza dunque su varie componenti (20, 21):

- *la componente tecnica*: procedure e processi che garantiscono la prestazione finale, correlati alle conoscenze scientifiche e tecniche e alle metodologie professionali necessarie;
- *la componente relazionale*: complessità e delicatezza delle relazioni da attivare per ottenere risorse, informazioni e consenso necessari all'efficace perseguimento degli obiettivi di lavoro;
- *la componente gestionale*: ampiezza e complessità delle risorse assegnate e responsabilità decisionale nell'uso discrezionale delle stesse.

Se questi costituiscono i tre assi intorno a cui condurre l'analisi del ruolo professionale (oppure, specularmente, la progettazione dei ruoli), e se nella

pratica dei servizi sanitari è rarissimo reperire operatori il cui ruolo si esaurisca interamente all'interno di una sola delle tre componenti sopra richiamate, ne deriva che il lavoro che ciascuno è chiamato a svolgere nella propria realtà organizzativa risulta dal mix delle tre componenti, che tutte insieme concorrono dunque a determinare il concetto di competenza professionale.

Il modello basato sulle competenze si richiama ad alcuni presupposti (22, 23), che definiscono la competenza come sistema di schemi cognitivi e comportamenti operativi, intrinseci di un individuo, causalmente correlati al successo sul lavoro o a una prestazione efficace, composta di motivazioni, immagine di sé, conoscenze e abilità (24).

La competenza, in realtà, ha caratteristiche di complessità che derivano dalla sua stessa composizione.

Essa si basa sulla capacità, intesa come dotazione personale che permette di eseguire bene una prestazione; il possesso di adeguate capacità a sua volta è condizionato dall'attitudine, substrato costituzionale della persona, che si manifesta compiutamente solo se la si agisce e la si esercita; sicché l'attitudine che trova condizioni interne (motivazione) ed esterne (contesto ambientale) favorevoli alla sua espressione, attraverso l'esercizio di viene capacità.

Queste capacità, arricchite dalle conoscenze relative ai contenuti specifici della professione e perfezionate attraverso il lavoro e l'esperienza finalizzata, generano la competenza.

Le competenze così sviluppate, insieme alla motivazione (la cui dimensione è preminentemente psicologica) e al ruolo (derivante sia dalla cultura di appartenenza che dalla posizione organizzativa occupata) danno luogo ai comportamenti adeguati a realizzare prestazioni di lavoro efficaci, conseguentemente correlati al raggiungimento degli obiettivi aziendali; dunque non è esatto parlare di competenze organizzative: è preferibile riferirsi a comportamenti richiesti dall'organizzazione, i quali sono realizzati attraverso competenze utilizzate dal-

l'individuo nella realtà specifica che il contesto organizzativo richiede (25).

## Conclusioni

Non solo la complessità propria dei sistemi sanitari, ma anche la continua crescita di attenzione e di sensibilità degli utenti nei confronti della qualità del servizio, richiedono il ricorso sempre più intenso a strumenti e modalità di gestione parimenti complessi e raffinati.

### Due esempi.

Il primo riguarda l'accresciuta attenzione alla sicurezza dei pazienti, alla qualità delle cure e alla lotta all'errore in medicina, che stanno indirizzando verso l'analisi del funzionamento dei microsistemi, come ambito ottimale per il miglioramento (26). Il concetto di microsistema deriva dalla teoria dei sistemi e si fonda sul piccolo gruppo organizzato composto da medici e altri operatori sanitari che lavorano insieme per fornire assistenza a gruppi definiti di pazienti nell'ottica della sicurezza clinica e nell'ambito di un'organizzazione più ampia. Il team, le relazioni tra i suoi membri e le competenze singole e di gruppo vengono ritenuti elementi critici per il miglioramento della sicurezza e della qualità delle cure.

Il secondo riguarda il problema della continuità assistenziale visto dalla duplice prospettiva del paziente e dell'operatore (27). Nel sottolineare la tendenza di ogni professione ad avere suoi obiettivi, sue procedure, sue routines, differenti da quelle di altre professioni co-operanti, gli autori richiamano i perenni problemi del legame tra cultura e struttura organizzativa e del paradosso delle moderne organizzazioni, continuamente in bilico tra la necessità di dividere i compiti (per specializzarsi) e quella di coordinarli e integrarli (per funzionare più efficacemente). Il caso riportato riguarda i diversi modi di concepire la continuità assistenziale durante la degenza ospedaliera per i pazienti e per gli operatori. I primi si attendono che tutti i componenti dello staff conosca-

no il caso e non chiedano informazioni ripetute e che di converso diano informazioni coerenti (cosa che sul piano organizzativo comporta la condivisione delle informazioni e l'esistenza di un progetto terapeutico esplicitato e condiviso). Gli operatori vorrebbero che non vi siano zone grigie di responsabilità, che diventano visibili solo quando gli eventi non scorrono regolarmente e che ciascun componente dello staff sia capace di muoversi abilmente nel sistema organizzativo, sapendolo attivare quando è necessario.

Le aspettative degli uni e degli altri richiedono l'implementazione di strumenti manageriali orientati alla facilitazione del lavoro interprofessionale e alla diffusione di una cultura della conoscenza e della responsabilità.

Le competenze, dunque risiedono nell'individuo e hanno a che fare con caratteristiche proprie di quest'ultimo, quali la motivazione, le attitudini, la capacità di relazionarsi, l'immagine di sé; è l'individuo, il knowledge worker, che stabilisce se, come e quando utilizzarle.

Esse, tuttavia, non si svilupperebbero nella stessa maniera e secondo modalità che generano efficacia e appropriatezza nel lavoro, se non avessero a disposizione un contesto organizzativo nel quale l'individuo possa esprimerle e agirle; si tratta, pertanto, di un patrimonio dei singoli che diventa anche patrimonio dell'azienda.

A chi fa capo il possesso di tali risorse? Di chi è il capitale intellettuale presente in un'organizzazione professionale complessa come un'azienda sanitaria, costituito in larga misura da conoscenze acquisite e utilizzate attraverso un lungo periodo di formazione e di socializzazione sul campo? Per poter continuare a sostenere la sfida della qualità e del miglioramento continuo, è necessario formulare l'auspicio che l'enorme bagaglio di "sapere e saper essere organizzativo" che si accumula nelle corsie e negli ambulatori venga considerato per quello che è: la parte più importante del patrimonio di un'organizzazione, quella che davvero rappresenta il tratto distintivo di un'azienda sanitaria e

fa sì che ciascuna di esse – in quanto basata sulle persone ed al servizio delle persone – sia alla continua ricerca del proprio senso e del proprio valore.

## BIBLIOGRAFIA

1. Seiler JA. Analisi dei sistemi e comportamento organizzativo. Milano: Etas Libri, 1976.
2. Masini C. Lavoro e risparmio. Torino: UTET, 1978.
3. Rugiadini A. Organizzazione d'impresa. Milano. Giuffrè Editore, 1979.
4. Von Bertalanffy L. Teoria generale dei sistemi. Milano. Isedi, 1971.
5. Borgonovi E, Meneguzzo M. Processi di cambiamento e di programmazione nelle unità sanitarie locali. Milano. Giuffrè Editore, 1985.
6. Lawrence R, Lorsch JW. Diagnosi dello sviluppo delle organizzazioni. Milano. EtasLibri, 1973.
7. Borgonovi E, et al. L'organizzazione dell'ospedale. Milano. McGraw-Hill, 1988.
8. Beer M et al. Managing human assets. New York: The Free Press, 1984.
9. Costa G. Economia e direzione delle risorse umane. Torino: UTET, 1990.
10. Mintzbergh H. La progettazione dell'organizzazione aziendale. Bologna: il Mulino, 1985.
11. Gross E, Etzioni A. Organizzazioni e società. Bologna: il Mulino, 1987.
12. Jaques E. Il sistema sanitario. Milano. EtasLibri, 1981.
13. Zangrandi A. Autonomia clinica e processi organizzativi nelle aziende sanitarie: vincoli e opportunità per la progettazione organizzativa. In: Bergamaschi M., 2000. L'organizzazione nelle aziende sanitarie. Milano: McGrawHill, 2000.
14. Salvemini S. La progettazione delle mansioni. Milano: ISEDI, 1977.

15. Butera F. L'orologio e l'organismo. Milano. FrancoAngeli Editore, 1984.
16. Reborra G. Manuale di organizzazione aziendale. Roma: Carocci, 2001.
17. Drucker PF. Il management, l'individuo, la società. Milano: Franco Angeli Editore, 2002.
18. Butera F, Donati E, Cesaria R. I lavoratori della conoscenza. Milano: Franco Angeli Editore, 1997.
19. Thurow L. The future of capitalism. London: Nicholas Breakey Pub., 1996.
20. Goeta GF. Performance Management interattivo in Sviluppo e Organizzazione. 1992; 3.
21. Vaccani R. Professionalità, attitudine, carriera. Milano: ETAS Libri, 1992.
22. Boyatzis RE. The Competent Manager. New York: Wiley&Sons, 1982.
23. Spencer LM, Spencer SM. Competenza nel lavoro. Milano: Franco Angeli Editore, 1995.
24. Levati W, Saraò MV. Il modello delle competenze. Milano: Franco Angeli Editore, 1998.
25. Saggin A. Note sul modello delle competenze, nota didattica n.p.. Milano: SDA Bocconi, 2002.
26. Mohr JJ, Batalden PB. Improving safety on the front lines: the role of clinical microsystems. Quality and Safety in Health Care 2002; 11: 45-50.
27. Krogstad U, Hofoss D, Hjortdahl P. Continuity of hospital care: beyond the question of personal contact. BMJ 2002; 324: 36-8.