

Università del Piemonte Orientale
Corso di Master di I° livello in
"Management Infermieristico per le Funzioni di
Coordinamento"

Introduzione all'analisi organizzativa sistemica

Docente Claudio De Pieri

Novara 2008

Ia lezione

Adam Smith



- Esempio della "manifattura di spilli"
“Se un individuo deve, da solo, fabbricare spilli partendo dall'estrazione dal suolo della materia prima fino alla realizzazione di ogni singola fase artigianale, riuscirà difficilmente a produrre quantità elevate di spilli in poco tempo”

M. Weber

- Fu l'iniziatore dello studio delle organizzazioni
- Nella burocrazia egli vide la forma fondamentale di organizzazione dello stato e delle imprese moderne che operano in base a norme universalistiche e con finalità razionalizzatrici.
- Il carattere del capitalismo moderno sta nel razionalismo economico, che comporta:

- l'organizzazione razionale dell'**impresa**, (M. Weber: *Economia e società*, 1922)

- la tendenza razionale al **profitto**



F. W. Taylor

Frederick Winslow Taylor 1856-1915

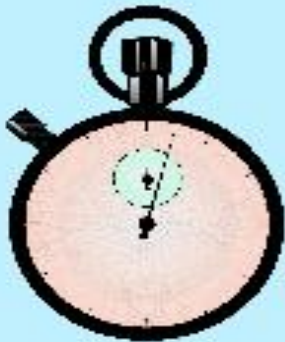


- Fondatore dello “Scientific Management”
 - Scomporre le operazioni
 - Separare produzione da progettazione
 - Ridurre le competenze (“deskilling”)
- Taylor ⇒ *Fordismo*

F. W. Taylor

Taylor: "one best way"

«Studiato ogni movimento elementare dell'operaio, non conosco altro modo per determinare quanto lavoro vada fatto, se non cronometrare gli operai»



Questo si ottiene «sorvegliando un uomo che sta facendo il suo lavoro alla giusta velocità, e registrando i suoi tempi»



L'OPERAI "SCHMIDT"
(CIOE' HENRY KNOLL)

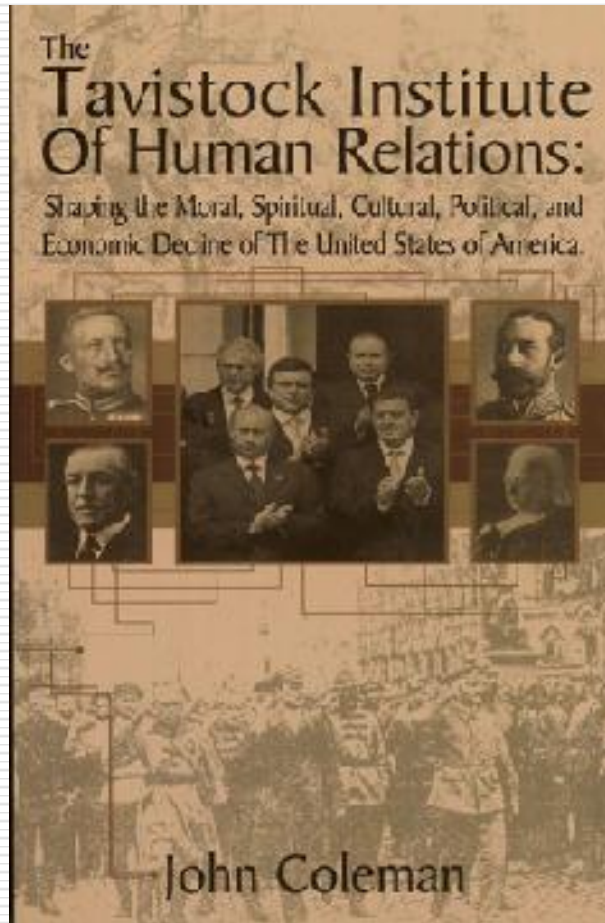


Elton Mayo

- Tra il 1924 e il 1932 in USA vengono condotte ricerche (esperimento Hawthorne, i cui risultati danno inizio alla scuola delle «relazioni umane») (**E. Mayo, E. Roethlisberger**)
- La Scuola delle “*Human relations*” ha richiamato l'attenzione sull'organizzazione *informale*, che esprime le motivazioni anche inconscie degli individui e dei vari gruppi spontanei che agiscono nell'organizzazione determinandone produttività, coesione, qualità del lavoro



Tavistock Institute



- ❑ Scuola nata a Londra negli anni 40 del ventesimo secolo, proseguì gli studi sulle “relazioni umane”.
- ❑ Ebbe grande influenza anche in America
- ❑ Tra i suoi esponenti va ricordato Kurt Lewin

Teoria dei Sistemi

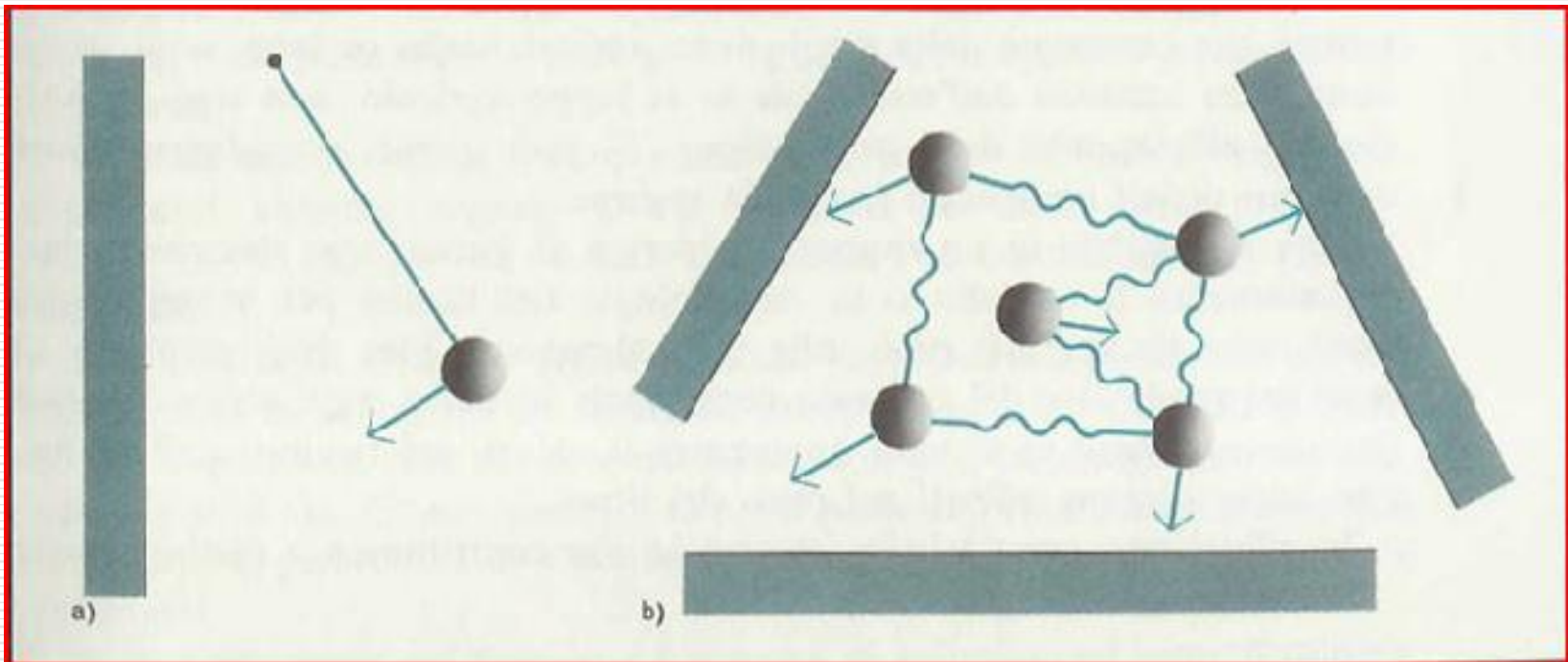
- ❑ La **teoria dei sistemi** è un'area di studi interdisciplinari che si occupa delle proprietà di un **sistema** nella sua interezza.
- ❑ Essa fu fondata negli **anni 1950** da **Ludwig von Bertalanffy**, **William Ross Ashby**,
- ❑ Ha trovato applicazione e nuove idee in tutte le scienze,
- ❑ La **Cibernetica** è una disciplina strettamente correlata.



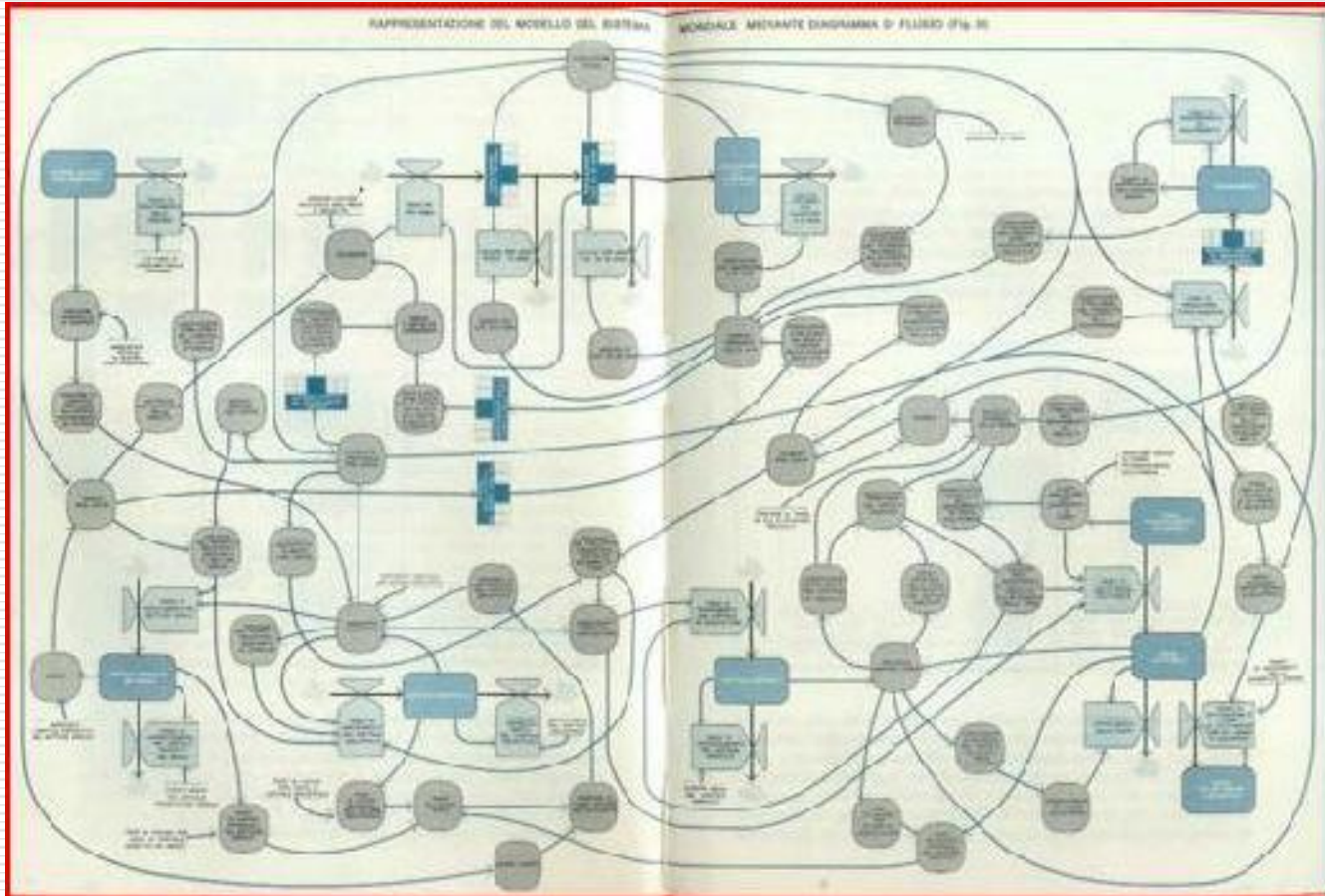
Teoria dei Sistemi

- La teoria generale dei sistemi prevede alcuni principi:
 - Ogni cosa vivente o creata da organismi viventi può essere considerata un sistema tendenzialmente aperto
 - Un sistema ha proprietà teleologiche (finalistiche)
 - Un sistema prevede dei fattori in entrata (inputs) e dei fattori in uscita (outputs) ed elementi in trasformazione
 - Il sistema mantiene un'equilibrio (omeostasi) attraverso meccanismi di retroazione negativa

Sistemi semplici e sistemi complessi



Sistemi complessi



Teoria dei sistemi applicata all'organizzazione

- Numerosi studiosi si indirizzarono all'utilizzo della teoria sistemica nell'analisi delle organizzazioni
- Tra questi si possono citare K. Lewin, Simon, (razionalità limitata), Schein, Sailer (modello sistemico)
- In Italia Ruggiadini e Maggi

Significato di organizzazione

- ❑ Impresa, istituzione o società costituita da un insieme di elementi in rapporto dinamico tra loro, aventi uno scopo comune (A. Ruggiadini)
- ❑ Complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento fra tali compiti (H. Mintzberg)
- ❑ Sistema di lavoro e rete di comunicazione all'interno dei quali si delineano funzioni e responsabilità individuali e di gruppo (A. Marriner-Tomey)

Aziende sanitarie

- Le Aziende sanitarie U.U.S.S.L.L. o Ospedaliere possono essere considerate organizzazioni composte da elementi materiali ed umani, aventi la finalità di svolgere attività di prevenzione cura e riabilitazione

Inputs

- Le Aziende Sanitarie possono, da un punto di vista organizzativo, essere disegnate come un sistema aperto nel quale entrano alcuni fattori produttivi, "inputs" (risorse umane, materiali, economiche, culturali) oltre che, con brutto termine, gli "oggetti da sottoporre a trasformazione" ovvero gli utenti/clienti.

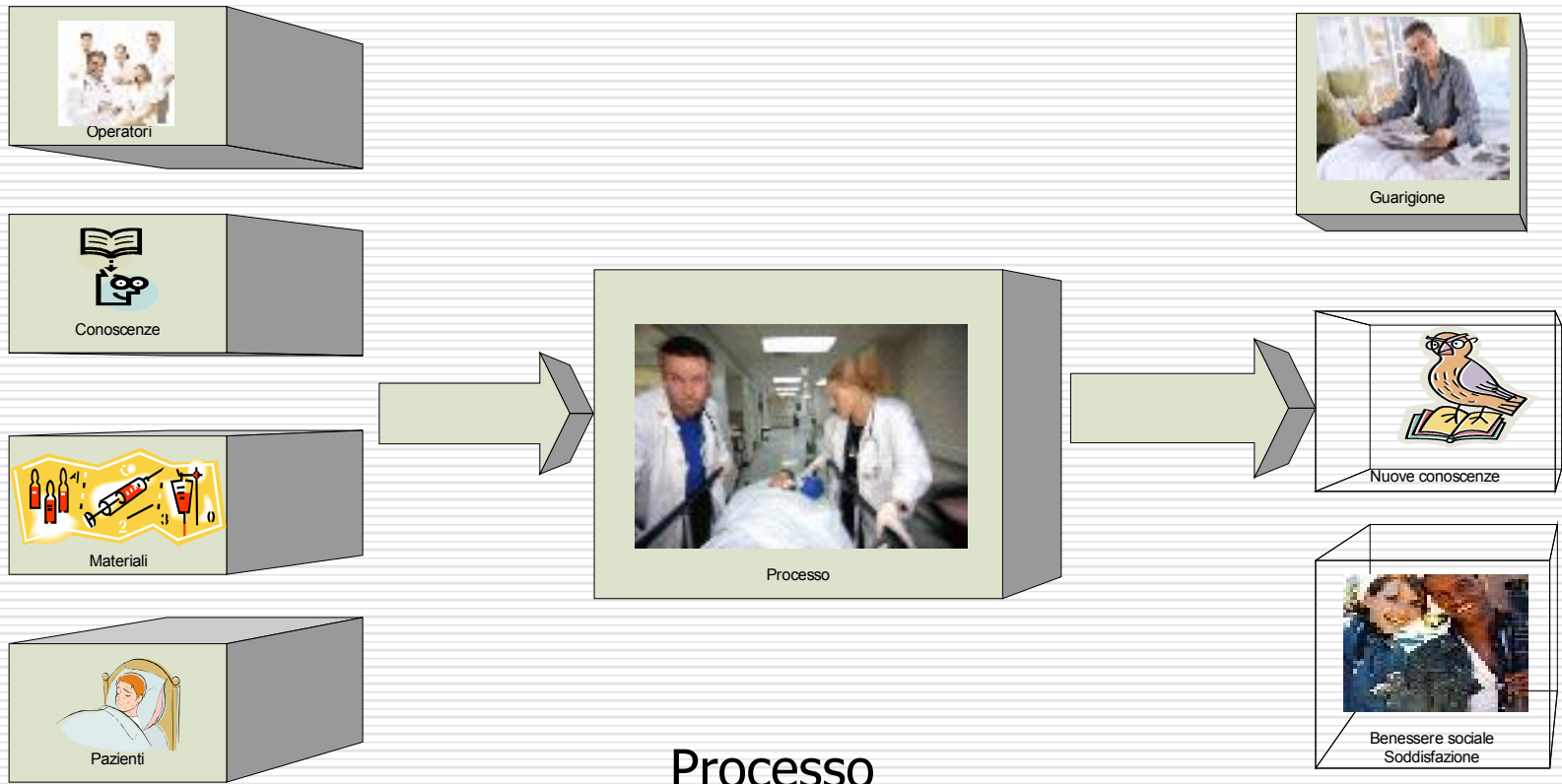
Processo produttivo.

- All'interno del sistema questi fattori (variabili) vengono combinati tra loro per dar luogo al processo di trasformazione (processo produttivo)

Outputs

- ❑ Questo porta a dei risultati detti "outputs".
- ❑ I risultati dovrebbero sempre essere coerenti con gli scopi dell'organizzazione.
- ❑ I risultati, attraverso un meccanismo di retroazione, informano e modificano gli inputs e il processo

Sistema organizzativo

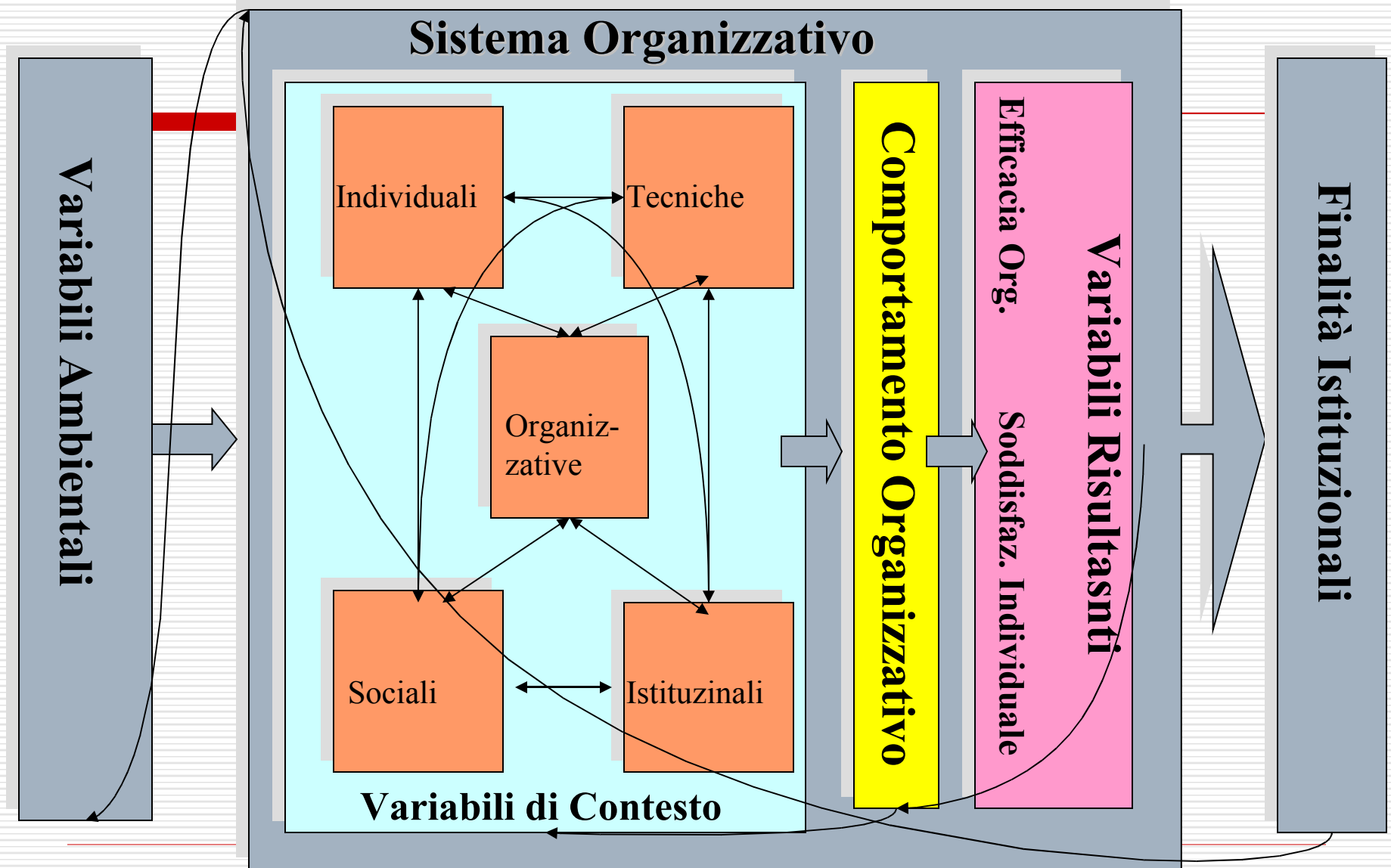


Inputs

Processo

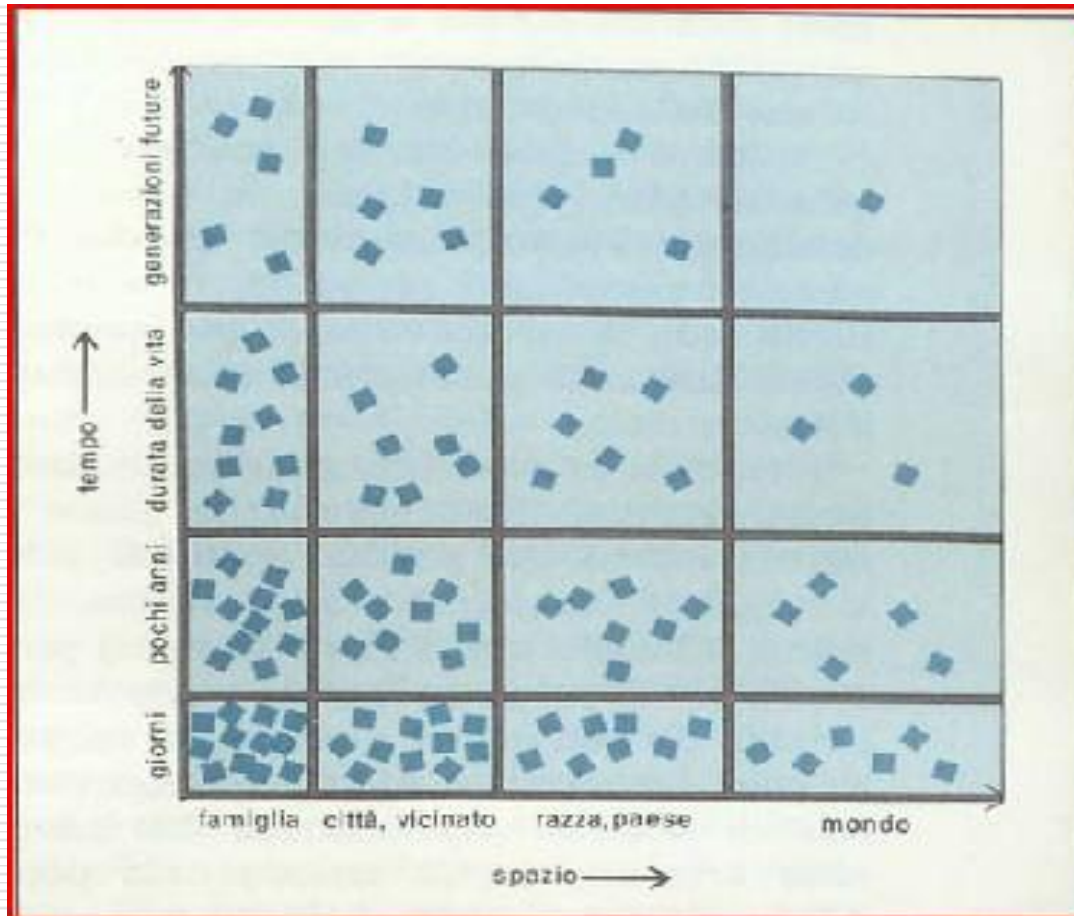
Outputs

Sistema Organizzativo



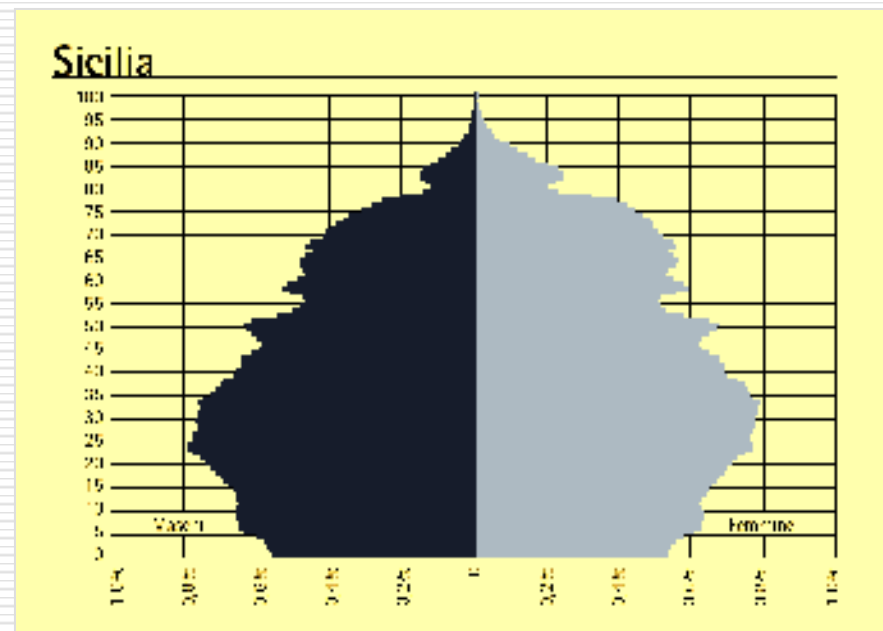
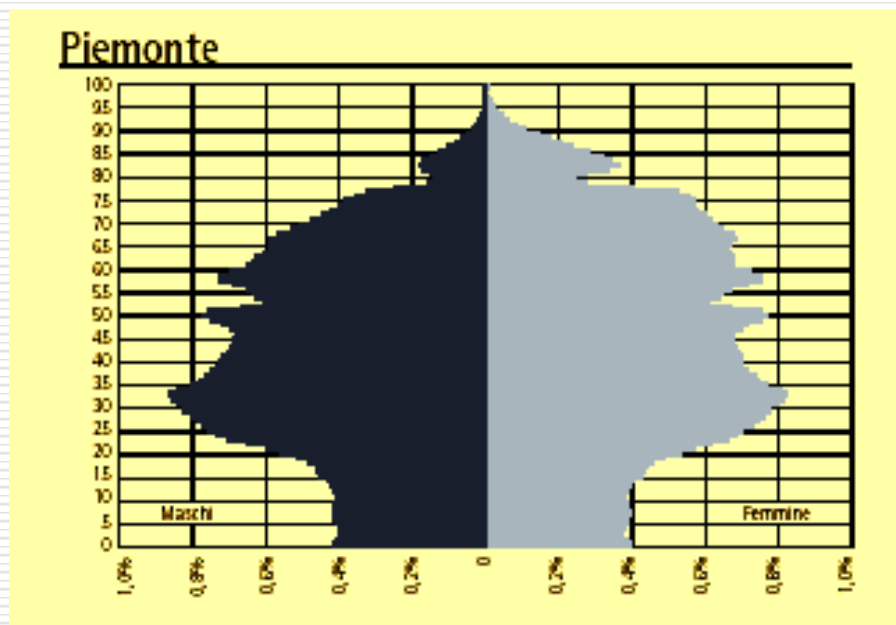
Variabili Ambientali (o inputs)

- Variabili riferibili alla domanda
 - Caratteristiche sociali e demografiche della popolazione
 - Modalità di espressione della domanda di prestazioni
- Variabili riferibili all'offerta
 - Risorse economiche e materiali
 - Norme e cultura organizzativa dominante
 - Professionalità disponibili
 - Flussi informativi



ALCUNI ESEMPI DI VARIABILI RELATIVE ALLA DOMANDA

Piramide di età: Confronto Piemonte/Sicilia



Domanda

I'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta:

- insufficiente il budget destinato alla prevenzione e promozione della salute, che è il principale strumento di contrasto alle malattie in una larga maggioranza dei Paesi;
- nei Paesi “ricchi” molte patologie sono in regresso, e comunque si dispone di maggiori capacità terapeutiche, negli ultimi anni le disuguaglianze nello stato di salute, persino all'interno della stessa Europa, non solo non sono diminuite ma, in alcuni casi, sono addirittura aumentate;
- sono sempre più gli stili di vita a determinare lo stato di benessere complessivo della popolazione.

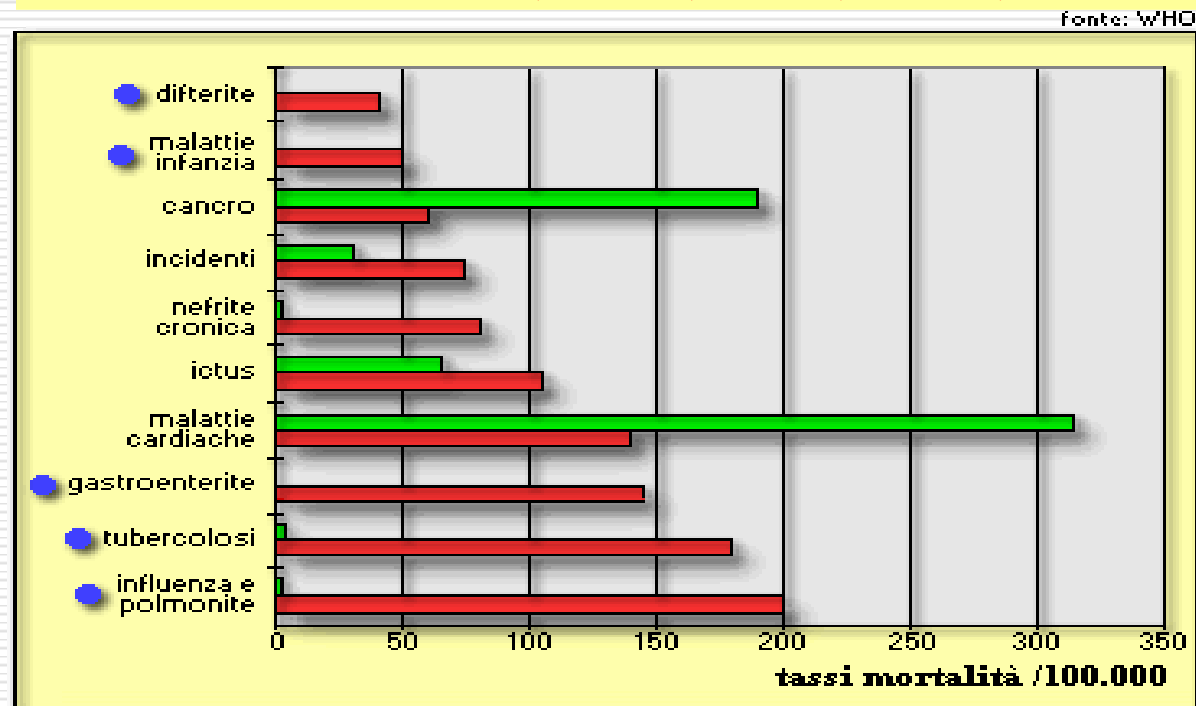
Dati Epidemiologici

- ❑ Statistiche sulla mortalità nella popolazione distinte per causa
- ❑ Statistiche sulla prevalenza ed incidenza delle malattie
- ❑ Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs)
- ❑ Statistiche sulla prevalenza di Diagnosi Infermieristiche

Evoluzione dei tassi di mortalità per le principali patologie (1900/1984)

Principali cause di morte nei paesi industrializzati

Raffronto 1900 (in rosso) 1984 (in verde)



Prof. Ezio Botterelli - Università di Parma

● : malattie infettive

Evoluzione dei rischi (fonte O.M.S.)

□ Da malattie infettive e parassitarie

Prevalenza 1990 nel mondo

- 4) Infezioni basse vie respiratorie
- 5) Infezioni Gastrointestinali
- 6) Malattie perinatale
- 7) Depressione maggiore unipolare
- 8) Malattie ischemiche cardiovascolari
- 9) Malattie cerebrovascolari

□ A malattie cronico degenerative e psichiatriche

Scenario della prevalenza per l'anno 2020

- 3) Malattie ischemiche cardiovascolari
- 4) Depressione maggiore unipolare
- 5) Traumi da incidenti stradali
- 6) Malattie cerebrovascolari
- 7) Malattie cronico-ostruttive polmonari
- 8) Infezioni basse vie respiratorie

Le cause dei nuovi rischi

□ Fattori positivi

❖ **Aumento della vita media conseguente a :**

- Migliori condizioni di vita e di lavoro
- Migliori presidi sanitari e sociali
- Maggior cultura
- Nuovi farmaci e terapie



❖ **Aumento prevalenza e incidenza patologie croniche, degenerative e genetiche**

□ Fattori negativi

❖ **Modifica del contesto ambientale**

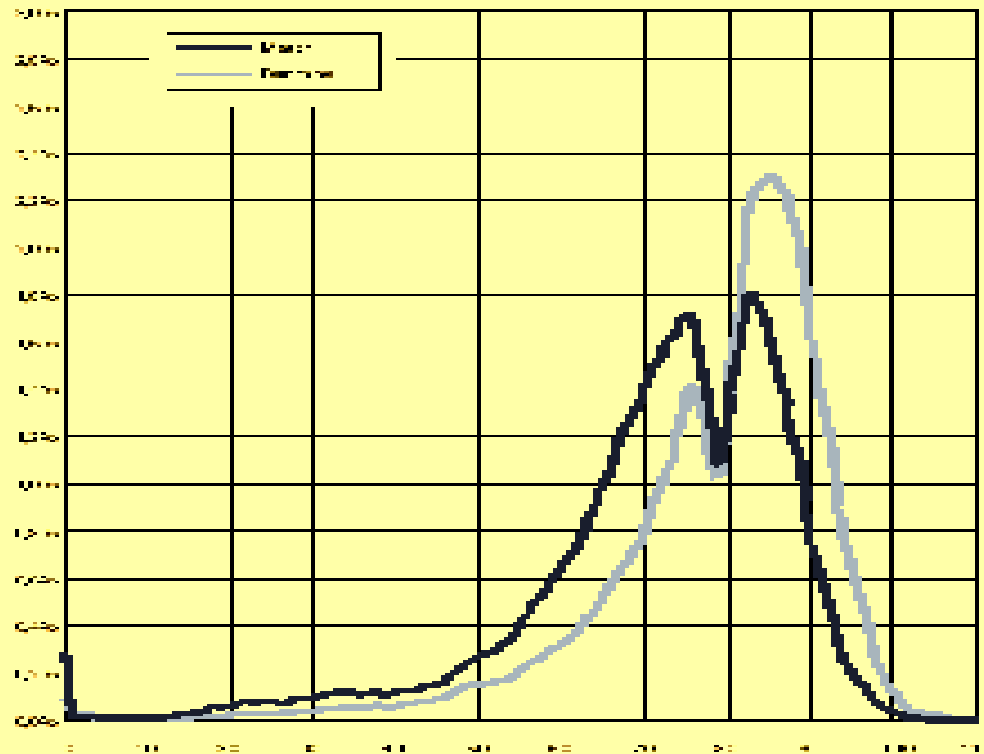
- Inquinamento
- Urbanizzazione
- Maggior mobilità
- Crisi di valori



❖ **Aumento delle malattie degenerative, psichiche e traumatiche**

Mortalità % in relazione all'età

Italia



Altro?

- Elencare informazioni relative alla domanda, utili a definire lo scenario di sfondo in cui opera un'unità operativa

ALCUNI ESEMPI DI VARIABILI RELATIVE ALLA OFFERTA

Variabili Ambientali (o inputs)

Tra gli inputs (o risorse/vincoli in entrata) di un A.S.L. o A.O. si possono trovare:

- risorse umane: individui o gruppi di individui con le caratteristiche richieste dall'organizzazione (es. O.T.A., infermieri, medici);
- risorse materiali: edifici, attrezzature, materiali, mezzi di per comunicare;
- risorse economiche: finanziamenti provenienti dallo Stato e,dalla Regione, donazioni, altro.
- risorse culturali: conoscenze, capacità, abilità proprie degli uomini che entrano a comporre l'Azienda Sanitaria o che possono essere ricercate nell'ambiente circostante
- norme

Offerta

l'Organizzazione Mondiale della Sanità valuta:

- la riduzione dei posti letto sembra essere un fenomeno globale, che investe tanto il settore pubblico che quello privato, ma con intensità diverse che dipendono dai modelli di servizio prescelti;
- a fronte della riduzione del numero dei posti letto nella maggior parte degli Stati, si assiste in modo generalizzato, per un verso all'aumento del tasso di ospedalizzazione e per un altro alla contrazione della durata della degenza;
- per alcune prestazioni (ad esempio parti cesarei) emergono elevate disparità, spiegabili solo in termini di diversi gradi di inappropriatezza delle risposte terapeutiche;

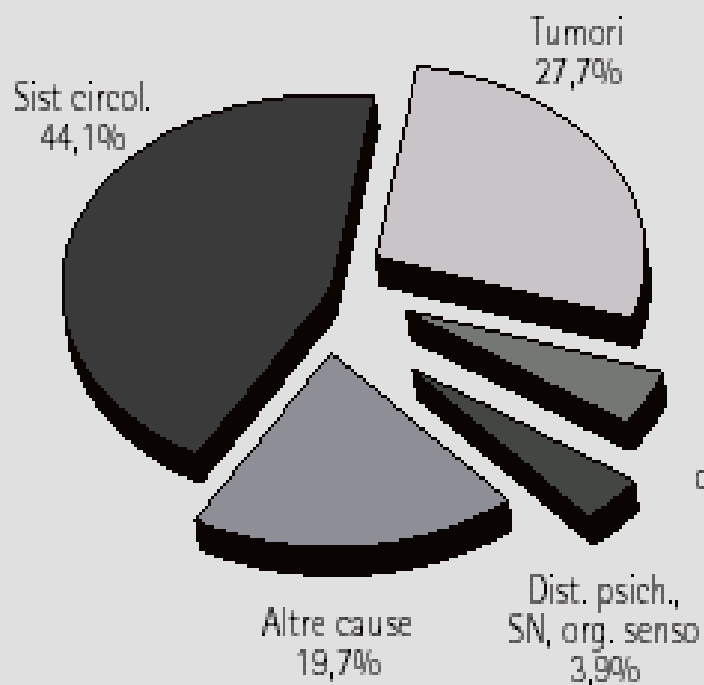
Problemi di salute e disagio sociale



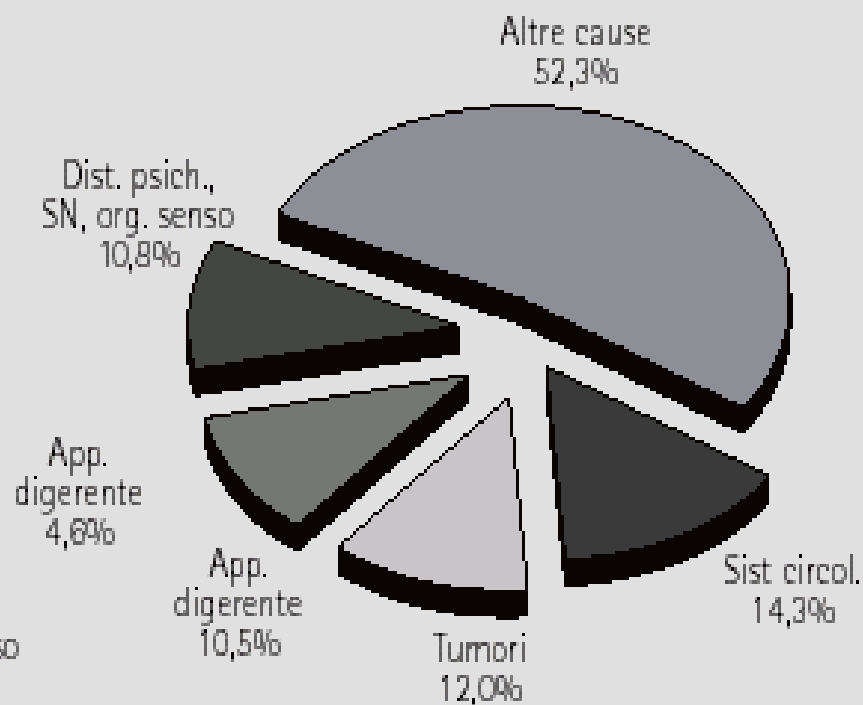
Deceduti e Dimessi Ospedalieri

FIGURA 2.4.1. Composizione per causa dei deceduti e dei dimessi nell'anno 1998

Deceduti 1998



Dimessi 1998



Giornate di ricovero per pazienti adulti (età 15-64 anni)

Gruppo di cause	Giornate ricovero Pz. adulti	
	Vall. Assoluto	%
Tumori	4.109.945	12,9%
Malattie sistema circolatorio	3.604.147	11,3%
Malattie apparato digerente	3.586.082	11,3%
Traumatismi e avvelenamenti	3.095.617	9,7%
Malattie sistema genito-urinario	2.223.962	7,0%
Malattie sistema nervoso e organi di senso	1.721.009	5,4%
Malattie sist. muscolo scheletr. e t. connettivo	1.872.851	5,9%
Totale selezione	20.213.612	63,4%
Cause escluse dalla selezione	11.645.627	36,6%
Totale generale	31.859.239	100,0%

Finanziamento

- Ogni Paese sviluppa un suo modello peculiare, sia in termini di basi imponibili, sia in termini di entrate derivanti da *co-payment*;
- Di conseguenza si può affermare che la principale fonte di diversificazione dei Servizi Sanitari risiede nei meccanismi di finanziamento, e quindi di redistribuzione, piuttosto che nelle forme di erogazione.

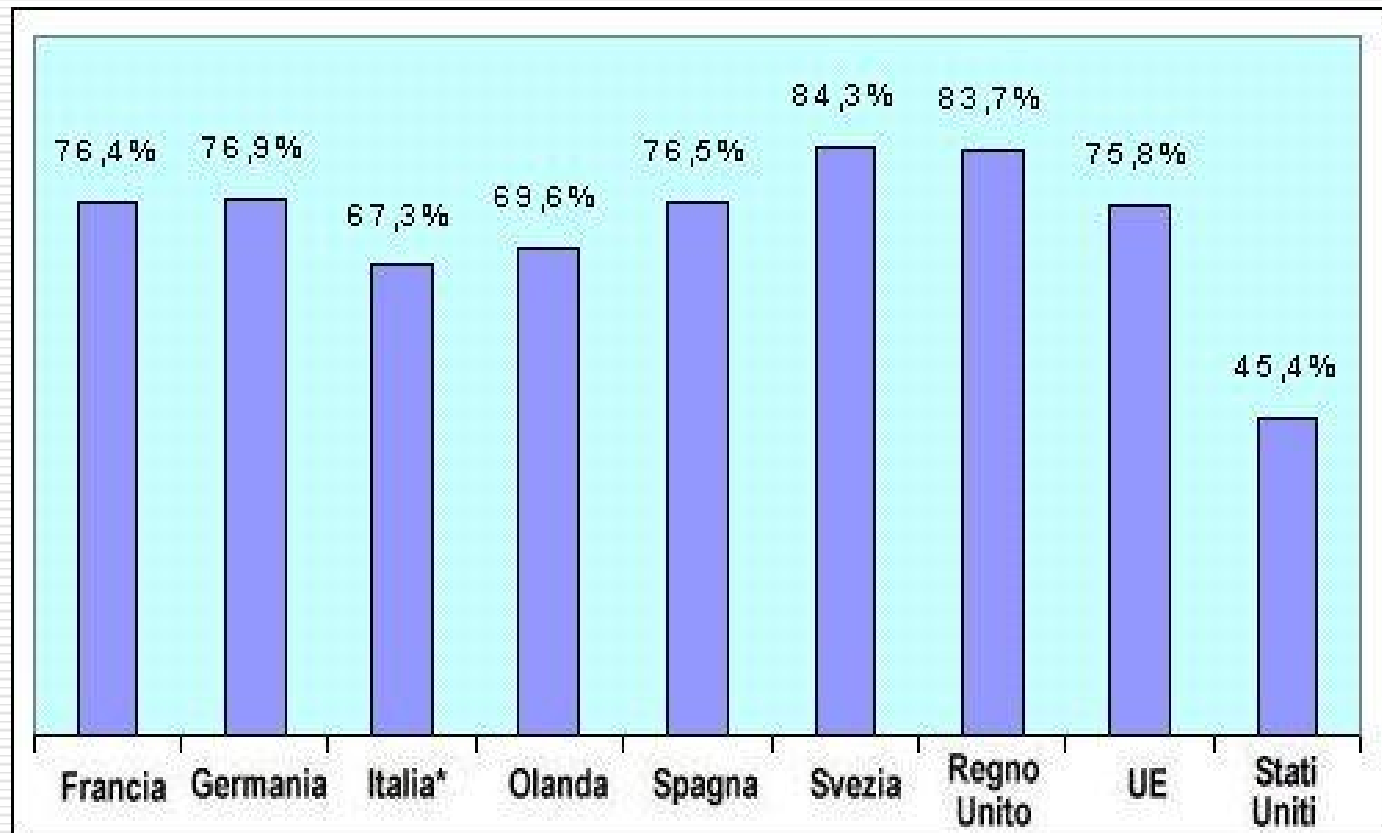
Spesa sanitaria

- Si registra un generale rallentamento delle dinamiche di spesa negli anni '90, ma permangono forti differenze; il distacco esistente tra i Paesi con più bassa e più alta incidenza di spesa pubblica è di quasi 10 punti % sul PIL;
- negli anni '90, la tendenza ad una contrazione della quota di spesa pubblica sulla spesa sanitaria totale, pur generale, non è assoluta;
- si può osservare come nella quasi totalità dei Paesi europei il settore ospedaliero assorbe la quota più ampia di risorse pubbliche;
- sul versante della spesa farmaceutica pubblica, a fronte di un generale trend crescente, in Italia si assiste ad un trend tendenzialmente inverso.

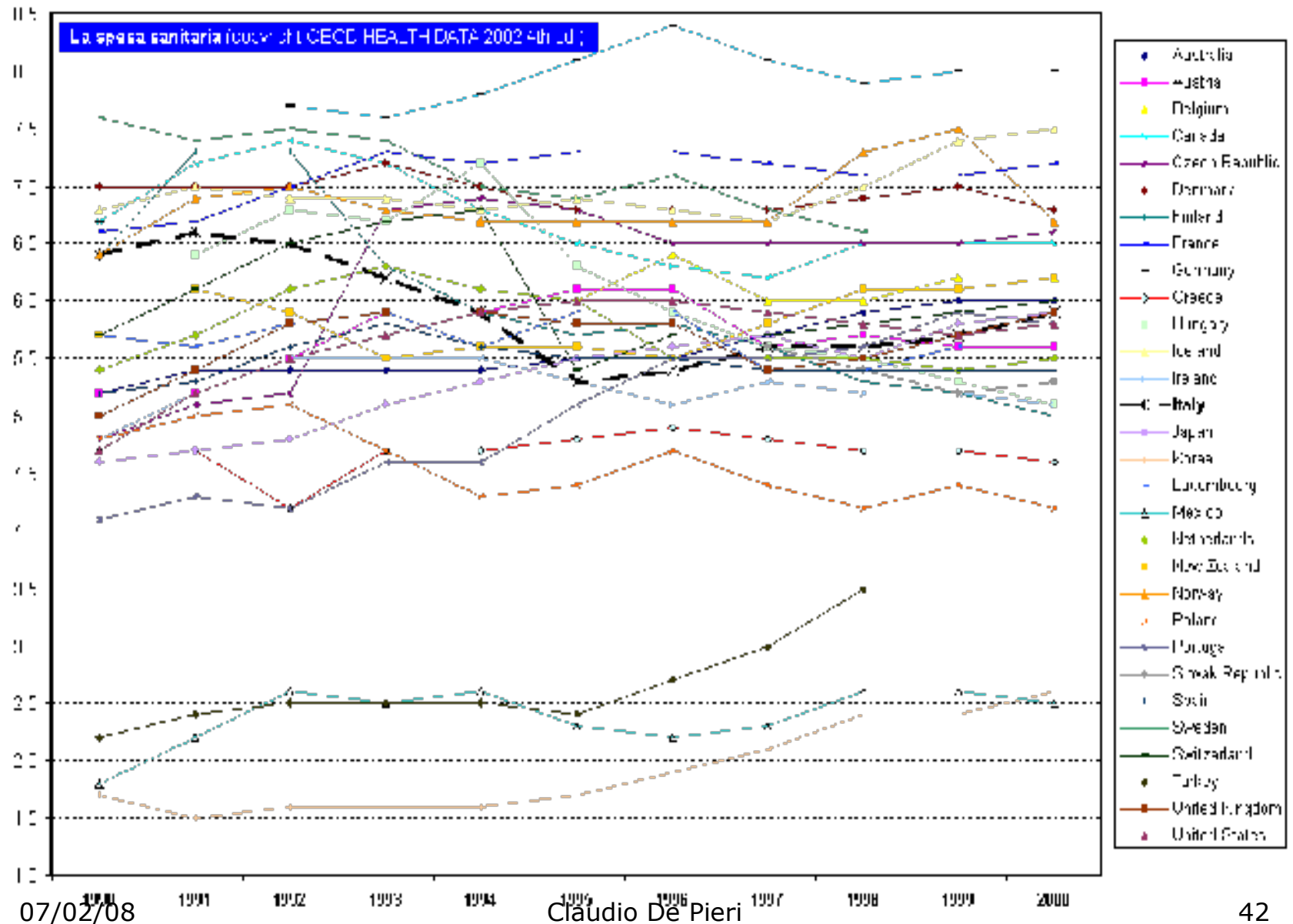
Spesa Sanitaria Pubblica su Prodotto Interno Lordo (anno 2000)

Spesa Sanitaria Pubblica /Pil anno 2000	
Germania	8%
Francia	7,2%
Danimarca	6,8%
Norvegia	6,7%
Svezia	6,6%
Canada	6,5%
Belgio	6,2%
Svizzera	6%
Giappone	5,9%
Italia	5,9%

Spesa sanitaria pubblica su totale anno 97



Andamento Spesa sanitaria diversi paesi



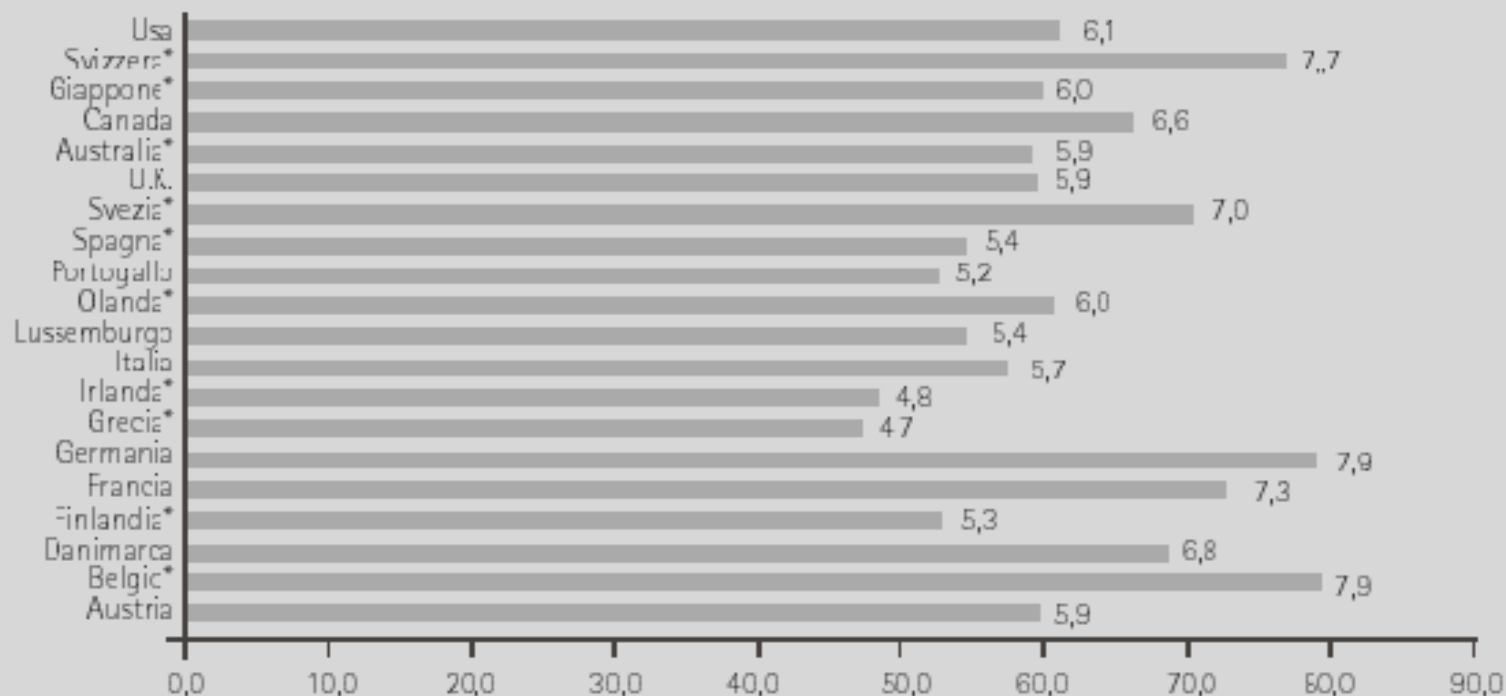
Evoluzione spesa sanitaria pubblica

La spesa sanitaria pubblica in percentuale sulla spesa sanitaria totale (1990-1998)

Paese	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Francia	76,9%	74,1%	74,6%	73,8%	73,4%	76,3%	76,3%	76,4%	76,4%
Germania	76,2%	78,1%	78,4%	77,5%	77,5%	78,1%	78,3%	76,9%	74,6%
Italia	77,9%	78,6%	76,4%	72,9%	70,3%	67,1%	67,1%	67,3%	67,4%
Olanda	68,7%	70,4%	74,0%	74,7%	74,2%	72,5%	67,7%	69,6%	70,4%
Spagna	78,7%	78,9%	78,9%	79,7%	78,8%	78,3%	78,5%	76,5%	76,9%
Svezia	89,9%	88,2%	87,2%	85,7%	85,2%	85,2%	84,8%	84,3%	83,8%
Regno Unito	84,2%	84,0%	85,3%	85,9%	84,8%	84,9%	83,7%	83,7%	83,7%
UE	78,0%	77,8%	77,9%	77,1%	76,4%	76,6%	76,3%	75,8%	75,2%
Stati Uniti	39,6%	40,6%	41,3%	42,1%	43,8%	45,1%	45,5%	45,4%	44,7%

Confronto diversi paesi spesa sanitaria pubblica

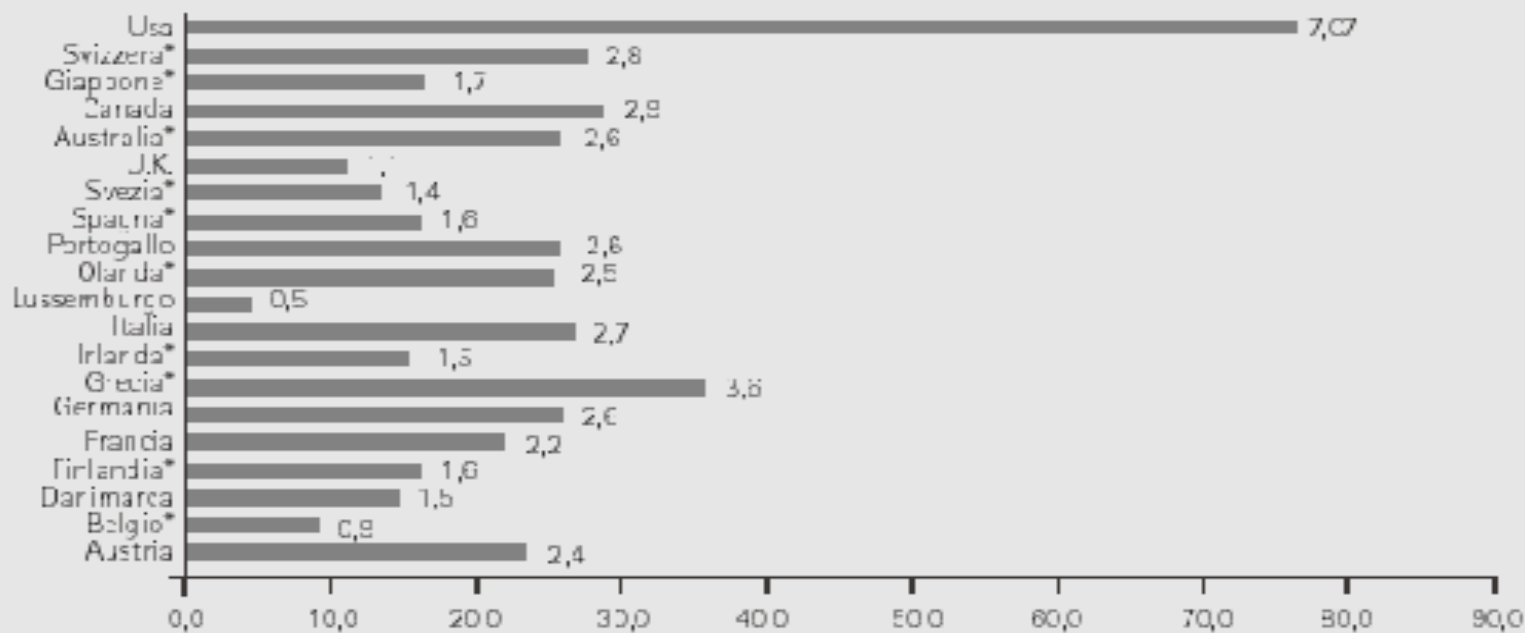
GRAFICO 7.4.2. La spesa sanitaria pubblica 1999 (% PIL)



* i dati si riferiscono all'anno 1998

Confronto paesi diversi spesa sanitaria privata

GRAFICO 7.1.4. La spesa sanitaria privata 1999 (% PIL)



* I dati si riferiscono all'anno 1998

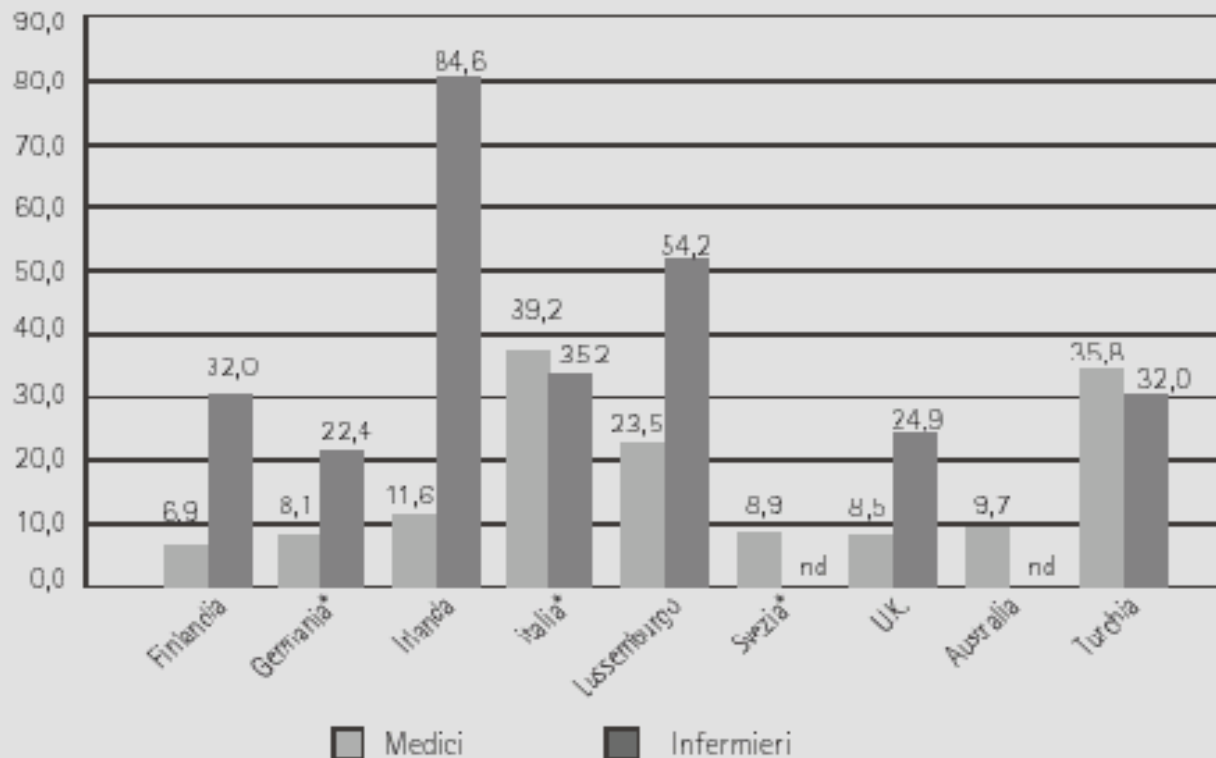
Fonte: Decal Health Data 2000

Risorse umane

- La tendenza è quella di una continua crescita: dal 1960 al 1990 il numero complessivo di medici e di infermieri professionali per mille abitanti, risulta quasi ovunque raddoppiato; nel corso degli anni '90 il tasso di variazione risulta minore, ma ha comunque segno positivo;
- l'Italia si conferma il Paese con il più elevato numero di medici per abitante, ma anche fra quelli con minore numero di infermieri.
- i livelli retributivi appaiono fortemente difformi;

Confronto Paesi diversi rapporto Medici/Infermieri

GRAFICO 7.5.1. Medici e infermieri (% occupazione totale nel settore sanitario)



Medici/Infermieri S.S.N.

Regione	Medici			Infermieri			Infermieri x medico (b)
	Az. Usl	Az. Osped.	Totale	Az. Usl	Az. Osped.	Totale	
Piemonte	13,0	5,8	18,8	39,6	17,9	57,5	3,1
Valle d'Aosta	19,1	-	19,1	66,3	0,0	66,3	3,5
Lombardia	3,3	11,4	14,7	10,7	41,3	52,0	3,5
Bolzano	16,9	-	16,9	71,7	-	71,7	4,2
Trento	17,4	-	17,4	66,0	-	66,0	3,8
Veneto	14,4	2,7	17,0	54,0	12,0	66,0	3,9
Friuli V. G.	9,7	8,1	17,8	40,9	34,2	75,2	4,2
Liguria	12,2	6,2	18,4	41,8	20,3	62,1	3,4
Emilia Roma	14,2	5,1	19,3	46,7	19,4	66,1	3,4
Toscana	14,4	4,6	19,0	50,5	16,3	66,8	3,5
Umbria	13,5	8,5	22,1	38,8	24,5	63,3	2,9
Marche	13,6	4,2	17,8	44,6	12,4	57,0	3,2
Lazio	12,6	3,5	16,1	32,2	9,2	41,4	2,6
Abruzzo	19,0	-	19,0	54,4	-	54,4	2,9
Molise	20,1	-	20,1	52,3	-	52,3	2,6
Campania	11,7	4,8	16,5	29,7	11,1	40,8	2,5
Puglia	9,9	4,7	14,5	29,6	12,9	42,6	2,9
Basilicata	11,0	4,3	15,3	29,8	13,0	42,9	2,8
Calabria	13,1	5,3	18,3	31,5	12,3	43,8	2,4
Sicilia	10,0	8,0	18,1	20,2	18,4	38,6	2,1
Sardegna	19,7	2,0	21,7	50,0	4,5	54,5	2,5
Italia	11,5	5,8	17,2	34,3	18,2	52,5	3,0

Altro?

- Elencare informazioni relative all'offerta, utili a definire lo scenario di sfondo in cui opera un'unità operativa