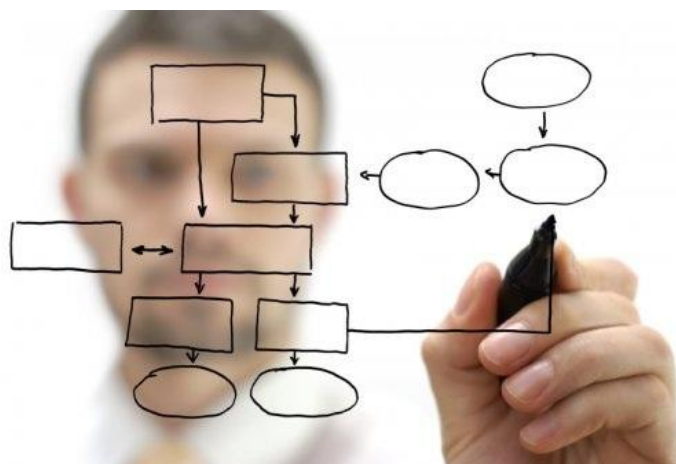


Analisi organizzativa di Loredana Pergolizzi

Il nostro regolamento, approvato il 17 ottobre 2011, costituisce la base organizzativa del Comitato come organismo autonomo, secondo quanto disciplinato dall'art.2 del D.A. n. 01019 del 15 aprile 2010.

La sua articolazione organizzativa era stata già delineata nel Documento di Programma del Presidente del 29.09.2010 con l'avvio di 5 gruppi di



lavoro per aree tematiche le cui connessioni con l'Azienda Sanitaria sono essenzialmente costituite da compiti di accesso, indagine, verifica, proposta in un complessivo quadro di rappresentatività dei bisogni di umanizzazione, funzionalità e appropriatezza degli interventi da parte dei cittadini-utenti.

L'assetto per gruppi di lavoro ha avviato un primo livello di integrazione tra le Associazioni presenti nel Comitato, agevolando il passaggio da interessi particolari, legati ad una specifica patologia e relativi problemi assistenziali, ad una visione più ampia dei bisogni comunitari di salute. A ciascun gruppo sono stati assegnati degli obiettivi e, in misura diversificata, i componenti del gruppo tematico hanno partecipato alle attività e agli incontri proposti dal proprio Referente.

L'assetto organizzativo del gruppo è riconducibile alla tipologia A (tabella 1).

Numero 4 del 30 aprile 2012

Successivamente, attraverso il progetto CESIPE, le *competenze* dei gruppi di lavoro sono state implicitamente ridistribuite attraverso la traduzione in progetti operativi e l'ingresso di nuovi agenti di cambiamento provenienti dall'azienda sanitaria. I precedenti obiettivi sono stati rinnovati e sostenuti da un piano generale e da una task-force di risorse.

L'adozione del modello B (tabella 1) è avvenuto in maniera rapida e i componenti dei gruppi hanno avvertito un disorientamento nel passaggio dal "gruppo al progetto". Ancor più, i referenti dei gruppi hanno avuto difficoltà a coinvolgerne i componenti che risultano dispersi nel disimpegno o impegnati verso i referenti aziendali o in nuovi compiti assegnati dal Presidente che porteranno all'ingresso di ulteriori attori.

Stiamo forse perdendo la *mission* iniziale di rappresentanza del cittadino per entrare nel "sistema sanità" e sostenere gli obiettivi aziendali? Assolutamente no, nella misura in cui faremo coincidere i rispettivi obiettivi (cittadini-azienda) saremo in grado di realizzare i nostri.

I passaggi organizzativi che ho messo in tabella sono fisiologici, appartengono ad un'organizzazione sana, cosciente di sé stessa e del suo funzionamento. Le organizzazioni nascono intorno ad un obiettivo comune e attivano processi di cambiamento. Dobbiamo realizzare un ulteriore step, integrando A e B.

Dell'organizzazione A – orientata al Comitato - dobbiamo mantenere e diffondere la conoscenza reciproca tra le Associazioni, le difficoltà e le criticità da affrontare, la verifica dei risultati. Attraverso incontri plenari periodici promossi dai referenti dei gruppi di

Numero 4 del 30 aprile 2012

lavoro andrà agevolata la comunicazione tra i gruppi e il senso di appartenenza al Comitato.

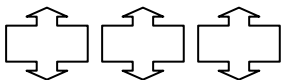
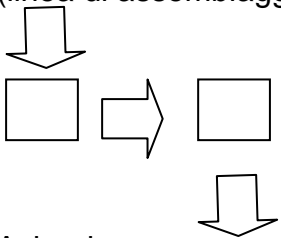
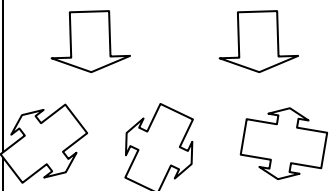
Dell'organizzazione B – orientata all'Azienda – dobbiamo mantenere l'impegno al progetto CESIPE migliorando la comunicazione attraverso un report costante delle attività da parte dei referenti aziendali e del comitato.

La "messa a sistema" del modello operativo sperimentato attraverso il progetto CESIPE richiede l'istituzione di una "cabina di dialogo" che, attraverso un regolamento attuativo, congiunto, costruisca il terzo modello organizzativo. L'atto deliberativo sancirà la pariteticità dei due organismi, l'identificazione di obiettivi comuni, l'alleanza operativa orientata al cittadino attraverso la condivisione degli obiettivi gestionali - strategici della direzione aziendale (Ob.4.3/2012).

La cura della comunicazione dovrà sostenere il passaggio al modello C. E' importante investire in tale funzione e affinché la comunicazione si traduca in azione è utile che il gruppo 1 – Organizzazione, informazione e comunicazione- sia costituito dai referenti dei gruppi di lavoro, che venga elaborato un "piano di comunicazione sociale" che metta in rete tutti i servizi pubblici e del privato sociale con cui i cittadini entrano in contatto e che svolgono un ruolo di sostegno al suo benessere.



Tab.1

Forma di interdipendenza	Comunicazione/ Processo decisionale	Tipo di coordinamento	Vicinanza delle unità operative
<p>A Generica</p>  <p>Comitato Ideazione del prodotto</p>	<p>Basso livello di comunicazione</p> <p>Propositivo</p>	<p>Standardizzazione, regole, procedure</p> <p>Struttura divisionale</p>	<p>Bassa</p>
<p>B Sequenziale (linea di assemblaggio)</p>  <p>Azienda Realizzazione del prodotto</p>	<p>Medio livello di comunicazione</p> <p>Esecutivo</p>	<p>Piani, programmi, feedback</p> <p>Task force</p>	<p>Media</p>
<p>C Reciproca</p>  <p>Cittadino Sviluppo di nuovo prodotto</p>	<p>Alto livello di Comunicazione</p> <p>Gestionale</p>	<p>Adattamento reciproco, riunioni inter-unità, lavoro di gruppo</p> <p>Struttura orizzontale</p>	<p>Alta</p>