



ISFOA
LIBERA E PRIVATA UNIVERSITÀ DI DIRITTO INTERNAZIONALE
INTERNATIONAL FREE UNIVERSITY

Facoltà di Scienze Aziendali
Diploma di Laurea in
ORGANIZZAZIONE ECONOMICA GIURIDICA
DELLE IMPRESE
Specializzazione in
MARKETING STRATEGICO E RELAZIONI INTERNAZIONALI

IL CAMBIAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE: NUOVO APPROCCIO DI
MANAGEMENT.

Relatore:
Prof. Mario Napoli

Candidato
Carmelo Milazzo

Matricola 1308

Anno accademico: 2022-2023

Indice

Premessa.....	pag.2
Primo Capitolo:	
Il processo del management.....	pag.6
Secondo Capitolo:	
L'organizzazione delle strutture sanitarie	pag.9
Terzo Capitolo:	
Il dipartimento.....	pag.17
Quarto Capitolo:	
La gestione dei processi in ambito sanitario.....	pag.29
Conclusioni:	pag.50
Bibliografia e Sitografia:	pag.52

Premessa

Dagli inizi degli anni '90, il Servizio Sanitario Nazionale Italiano (SSN) è stato oggetto di un'intensa riforma, che ha portato profonde trasformazioni per tutto il sistema sanitario coinvolgendo in particolare la gestione e l'organizzazione delle aziende soprattutto negli aspetti amministrativi e direzionali.

Si è assistito in questi anni ad un **“processo di aziendalizzazione”** del settore sanitario pubblico, con un passaggio da forme organizzative fortemente burocratizzate, la cui gestione era orientata

“ all'erogazione di servizi sanitari intesi come compiti istituzionali di strutture che non consideravano i costi sostenuti, ad una gestione orientata per obiettivi e risultati, volta all'ottimizzazione nell'uso delle risorse e alla razionalizzazione della spesa”.

Le Regioni hanno un ruolo centrale nella gestione del sistema sanitario; infatti sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale (PSN) le regioni sono chiamate a svolgere un forte ruolo di **indirizzo, programmazione e organizzazione, che si sostanzia nell'elaborazione del Piano Sanitario Regionale (PSR) e del Piano Ospedaliero Regionale.**

I piani sanitari definiscono: gli obiettivi fondamentali, le linee generali d'indirizzo, i livelli di assistenza (qualità, quantità, efficienza delle prestazioni), specificando una selezione delle priorità dei bisogni, in base ai quali i dirigenti delle aziende sanitarie sono chiamati a organizzare i servizi sanitari e assistenziali erogati.

Il Piano Sanitario Nazionale definisce, in particolare, anche i principi organizzativi dei servizi e delle attività destinate alla tutela della salute, in base alle specifiche esigenze territoriali e alle risorse disponibili.

Questo processo di trasformazione delle strutture di offerta (unità sanitarie locali ed ospedali) in aziende, mediante l'attribuzione della personalità giuridica pubblica, della autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, ha costituito la svolta organizzativa, profonda del nuovo sistema, in quanto ha determinato le condizioni di maggiore flessibilità e di migliore adattamento alla domanda e alle caratteristiche dei processi di offerta.

Questa riforma normativa introduce un forte orientamento delle strutture erogatrici di servizi sanitari alla logica aziendale, intesa come sistema di nuove regole di funzionamento capaci di creare una tensione positiva verso la ricerca di migliori rapporti tra risultati di assistenza e di salute e risorse impiegate, per passare dal modello classico di amministrazione (gestione per atti) al modello aziendale di funzionamento (gestione per risultati).

In tale prospettiva la funzione manageriale deve essere interpretata come capacità di **pianificare, organizzare, governare e controllare** le risorse necessarie alle attività proprie dell'azienda, secondo criteri e modalità operative finalizzate all'impiego ottimale delle risorse, per influire significativamente sul raggiungimento degli obiettivi di salute.

La complessità dei processi sanitari e del modello istituzionale del Sistema Sanitario Nazionale rendono complessa sia la progettazione sia la gestione del sistema organizzativo delle aziende sanitarie.

La progettazione organizzativa delle aziende del settore sanitario si presenta oltremodo

complessa anche per la struttura del quadro istituzionale di riferimento, basato su un articolato sistema di vincoli ed obiettivi che condizionano le scelte progettuali.

Nel corso degli ultimi anni si è assistito ad una riduzione dell'intervento normativo dello Stato e delle regole burocratiche a vantaggio di norme e linee guida prodotte dalle amministrazioni locali.

Tale tendenza determina una riflessione sulle modalità “ di interpretazione e gestione dell'autonomia organizzative ”, con conseguenti scelte tese a ricercare il giusto equilibrio tra le logiche istituzionali, regolate dalla produzione legislativa e dalle disposizioni degli organi preposti alle funzioni d'indirizzo e controllo delle strutture sanitarie, con la logica aziendale che si fonda su principi di razionalità economica finalizzati alla ricerca di un equilibrio fra bisogni da soddisfare e risorse disponibili.

L'organizzazione può essere definita semplicemente come il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento fra tali compiti (Mintzberg, 1983).

Le soluzioni possibili di divisione del lavoro e coordinamento, sono virtualmente infinite.

Il problema difficile di una scelta organizzativa riguarda proprio l'individuazione delle forme alternative di organizzazione e la definizione delle configurazioni in grado di essere applicate.

L'insieme di alternative organizzative di cui si può valutare l'efficacia, l'efficienza e l'equità, non hanno tuttavia mai un carattere assoluto ma sempre un carattere relativo e comparato l'uno rispetto all'altro (Grandori, 1999).

Dal punto vista organizzativo, le aziende sanitarie presentano come principali

caratteristiche l'autonomia professionale degli operatori e il controllo debole della struttura gerarchica, tali elementi hanno un forte impatto sui processi di erogazione delle prestazioni dando vita a strutture definite a “ governo policentrico ” (Maggi, 1994) o “ burocrazie professionali ” (Mintzberg, 1983).

Primo Capitolo.

Il processo del management.

Il processo di management può essere rappresentato come un insieme di sistemi collegati (Fig.1), dove le frecce bidirezionali indicano l'interazione che esiste tra ciascun elemento del sistema complessivo. Sebbene il processo di management sia teoricamente attuato in una sequenza che parte dalla pianificazione per finire al controllo, nella realtà il processo si svolge senza una sequenza univoca e preordinata (Gerloff, 1985).

Più in dettaglio, **pianificare** significa **selezionare ed identificare gli obiettivi e scegliere le opportune strategie per raggiungerli.**

L'attività manageriale comprende anche una funzione di **organizzazione** che consiste nel **disegno della struttura** organizzativa; queste attività consistono nella determinazione:

- ✓ di quali compiti devono essere svolti,
- ✓ chi li deve svolgere,
- ✓ come questi compiti devono essere raggruppati, il sistema di rapporti gerarchici,
- ✓ dove le decisioni devono essere prese.

Dirigere consiste invece nel coordinare e guidare le risorse umane, promuovendo e indirizzando azioni verso obiettivi comuni, usando l'influenza per motivare le persone.

Il controllo implica la verifica dello svolgimento delle attività con l'individuazione delle opportune decisioni e degli eventuali adeguamenti.

La dinamica tra gli elementi del processo di management conduce a quel fenomeno che viene definito organizzazione. I piani, le strategie e gli obiettivi direzionali diventano la base per la definizione dei compiti delle attività che devono essere svolte dalle diverse posizioni di lavoro di una organizzazione; le attività sono quindi raggruppate in organi con conseguente assegnazione delle responsabilità e dell'autorità al fine di fornire il coordinamento necessario. Le precedenti fasi si concretizzano con la struttura organizzativa.

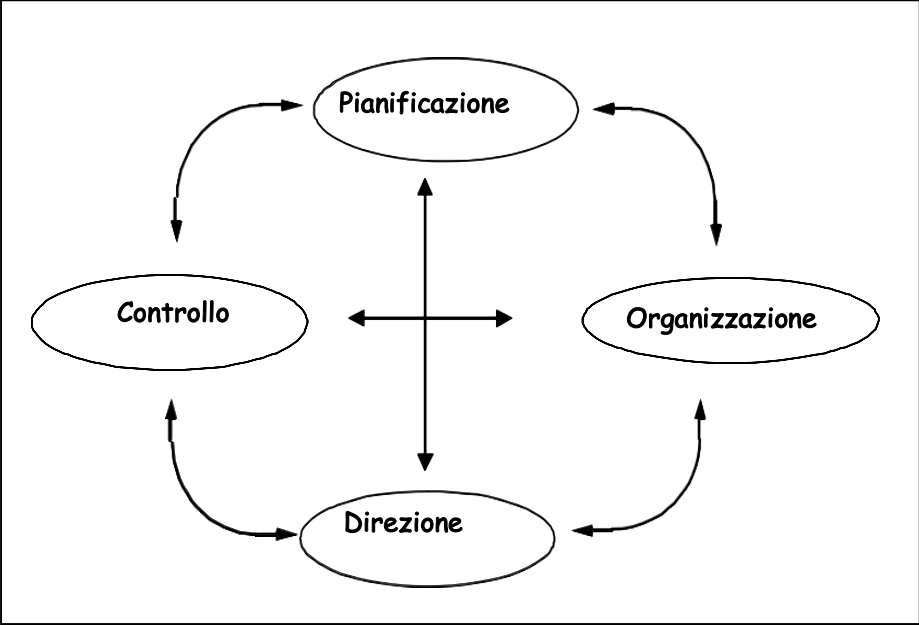
In particolare l'attività manageriale consiste nell'organizzare risorse umane, **risorse materiali** (impianti, strutture, merci, denaro, titoli, ecc.) e **risorse immateriali** (know-how, competenze, esperienza, ecc) e costituisce pertanto la parte centrale del ruolo del manager.

L'organizzazione è quindi l'attività attraverso la quale si ripartiscono responsabilità nell'ambito del complesso processo operativo dell'azienda, attribuendo a ciascuna risorsa determinati ambiti di competenza e di autonomia decisionale (delega), e individuando i meccanismi di coordinamento utili ad armonizzare l'operato di ciascuno in funzione degli obiettivi aziendali.

L'organizzazione può anche essere vista sotto due aspetti diversi quello strutturale e quello comportamentale.

Il primo aspetto, considera le soluzioni relative alla definizione delle strutture organizzative e dei meccanismi di coordinamento; il secondo, quello comportamentale, considera gli effetti che il comportamento umano, dei singoli individui o dei gruppi, ha sui risultati organizzativi.

Fig. 1 – Il processo di management



Secondo Capitolo.

Le strutture organizzative delle aziende sanitarie assumono caratteristiche peculiari in quanto presentano elementi di specializzazione che condizionano fortemente lo svolgimento dei processi gestionali, organizzativi e di erogazione delle prestazioni sanitarie.

Un impiego efficiente delle risorse e un utilizzo razionale della potenzialità delle attività organizzative possono contribuire a livelli più elevati di tutela della salute, perché, tramite azioni che consentono di contenere i costi di produzione dei servizi, è possibile aumentare, a parità di altre condizioni, la quantità e la qualità delle risposte corrispondenti alle caratteristiche dei bisogni e della domanda di servizi sanitari.

In particolare le attività sanitarie sono caratterizzate da un' elevata complessità intrinseca, dall'autonomia clinica degli operatori e dalla necessaria personalizzazione delle prestazioni.

Una realtà organizzativa risulta, generalmente, essere tanto più complessa quanto più è specializzata e tanto più necessita di forme di integrazione e coordinamento. Il sistema organizzativo delle aziende sanitarie è caratterizzato da significativi livelli di complessità, che generano un elevato bisogno di integrazione e rendono necessaria l'attivazione di numerosi meccanismi di coordinamento, anche di tipo non strutturale (Ruffini, 1998).

In tale sistema, l'efficacia delle strutture sanitarie dipende sempre meno dall'imprescindibile contributo del singolo professionista, e sempre più da un efficace coordinamento delle attività sia fra le varie parti dell'organizzazione, sia fra le molteplici figure di operatori coinvolti per perseguire il duplice obiettivo dell'efficacia terapeutica e dell'efficiente impiego delle risorse (Profili, Sammarra,

2000).

L'istituto dell'autonomia clinica, che è il risultato dell'apprendimento e dello sviluppo professionale dopo un determinato iter formativo-professionale, **assicura al personale medico di poter lavorare come professionisti indipendenti, liberi di diagnosticare, di curare e formulare prognosi, in accordo con il loro giudizio clinico e con il solo vincolo dell'etica e deontologia professionale.**

L'autonomia clinica degli operatori, determina dal punto di vista organizzativo che il singolo professionista, per garantire la relazione fiduciaria con il paziente, ha la possibilità di scelta autonoma degli iter terapeutici e diagnostici e la responsabilità diretta nell'utilizzazione delle risorse disponibili.

La personalizzazione delle prestazioni ha origine dalla autonomia clinica degli operatori e deriva dall'esigenza affidata al medico, di individuare l'iter di ordine clinico maggiormente adeguato al bisogno e alla domanda del paziente.

La più rilevante conseguenza, sul piano organizzativo, è la difficoltà di standardizzare complessivamente, in tutte le sue componenti, il processo clinico – assistenziale, nonostante ne risultino standardizzabili

single o specifiche parti, grazie alla individuazione di alcune relazioni perfettamente conoscibili tra input ed output.

Il modello organizzativo ne risulta profondamente influenzato ed è orientato ad individuare meccanismi di integrazione e collegamento tra professionisti, che non possono ricondursi alla standardizzazione dei risultati o dei compiti.

Il livello di standardizzazione possibile, come elemento di indirizzo, integrazione e coordinamento organizzativo dell'attività medica, fa riferimento solamente alle conoscenze

e alle abilità dei professionisti (Zangrandi, 1988).

La personalizzazione delle prestazioni costituisce infine l'elemento che esprime la varietà e variabilità delle attività sanitarie legate alle singole esigenze del paziente, che determina una riduzione delle possibilità di standardizzazione spingendo verso l'unicità e la difficile replicabilità della prestazione sanitaria stessa.

Una prima considerazione per un'analisi delle strutture organizzative sanitarie va fatta in relazione ai compiti e alle mansioni dell'attività medica e alla sua evoluzione nel tempo (Ruta, 1990).

Qualche anno fa, infatti, il medico riusciva a rispondere alla domanda di salute in modo artigianale, ma in forma integrata e complessiva. Con il passare degli anni la stessa domanda di salute è stata via via soddisfatta in modo diverso con una specializzazione dell'attività medica ed una sempre maggiore parcellizzazione dei compiti e delle relative mansioni.

Oggi ogni intervento sanitario, anche il più semplice, richiede livelli più o meno complessi di coordinamento tra operatori di discipline complesse.

Le strutture sanitarie si configurano, quindi, come organizzazioni fondate su una rete di rapporti di interdipendenza e di relazioni organizzative che dovrebbero rispondere ad una logica di interdisciplinarietà e di responsabilizzazione dei risultati che superano le competenze specifiche e gli ambiti di responsabilità di unità e servizi e delle singole componenti presenti (Contini, Perucci, Sacchi, 1991).

Le aziende sanitarie richiedono, pertanto, modelli organizzativi diversi, che tendano a conciliare la rilevanza pubblicistica dell'attività esercitata (servizio sanitario) e gli interessi cui è preposta (tutela della salute), con l'esigenza di economicità ed efficacia della propria azione.

L'assetto strutturale tipicamente adottato dalle aziende sanitarie è generalmente di tipo

funzionale, con un'aggregazione delle attività effettuata per aree omogenee di problemi, in sostanza corrispondenti alle principali aree d'intervento previste dalla normativa.

Il modello funzionale vede un'articolazione della struttura aziendale in settori/servizi, a cui sono attribuite funzioni settoriali specialistiche; i singoli settori si articolano a loro volta in unità operative che, generalmente, si compongono di un sotto insieme specialistico di funzioni, guidate da una posizione organizzativa con responsabilità dirigenziale.

L'impiego diffuso di tale tipo di configurazione strutturale si è dimostrata certamente adeguato a garantire il governo della complessità e una focalizzazione degli sforzi e degli interventi in specifici settori, anche se, tuttavia, rafforza la tendenza a spingere le strutture sanitarie verso modelli organizzativi scarsamente flessibili e sostanzialmente di tipo burocratico.

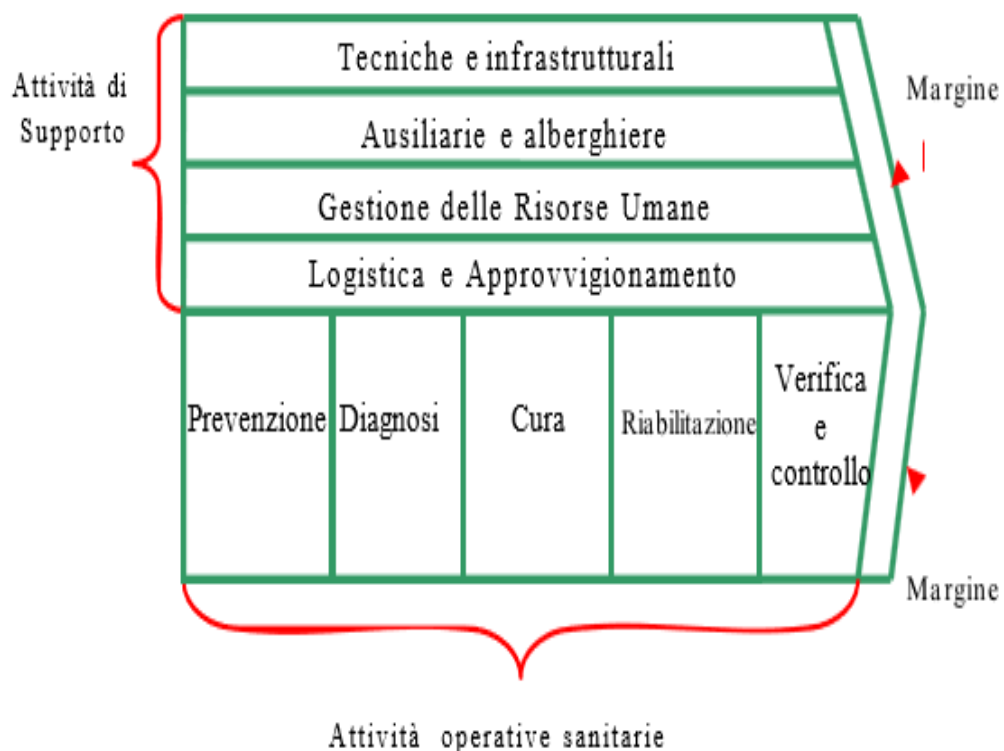
La complessità di questo tipo di organizzazioni si manifesta nella coesistenza di due principali sistemi di attività, uno professionale ed un altro amministrativo, profondamente differenziati, se non antitetici ma tuttavia legati da molteplici relazioni di interdipendenza (Olla, Pavan, 1996).

L'esistenza di questi due sistemi di attività, determina la presenza di due linee di autorità, rispondenti a logiche diverse e una specificità organizzativa, riconducibile ad una configurazione di tipo professionale (Mintzberg, 1983). Questa circostanza tende a far emergere un fattore di particolare criticità, che produce una situazione di potenziale conflittualità, che si traduce talvolta in una diversa impostazione fino a contrapposizioni tra l'azione clinica, rivolta all'uso ottimale dei mezzi e delle risorse in riferimento al paziente (orientamento all'efficacia) e l'azione amministrativa tesa all'impiego economico dei mezzi e delle risorse nella gestione complessiva della organizzazione (orientamento all'efficienza).

Le strutture sanitarie, pur essendo estremamente eterogenee sotto molti aspetti, presentano, tuttavia, alcuni caratteri comuni, cioè un nucleo di attività che, pur con differenti gradi di complessità, sono sempre presenti e finiscono quindi per costituire i tratti comuni a tutta la tipologia di strutture in esame.

Sul piano generale, nel processo complessivo delle attività tipiche di una struttura sanitaria ospedaliera è possibile distinguere un processo di attività primarie, clinico-assistenziali, e processi di attività di supporto (Fig. 8), gestionali, alberghiere e amministrative (Porter,1987).

Fig. 8 – La catena del valore di una struttura sanitaria



Le attività primarie (attività operative sanitarie) possono articolarsi in quelle rivolte alla diagnosi e quelle rivolte ai vari interventi di prevenzione, cura e di assistenza; tali attività devono essere coordinate insieme, nello stesso tempo e per gli stessi pazienti, ma implicano diverse sfere decisionali, pertanto il processo globale è il risultato dall'intreccio di numerosi processi particolari.

Le attività di supporto della catena del valore sono, invece, finalizzate a rendere possibile lo svolgimento delle attività primarie, che da esse sono alimentate e ricevono il necessario supporto manageriale e di servizio.

Le precedenti considerazioni determinano dal punto di vista organizzativo forti pressioni istituzionali che spingono verso forme organizzative, definite dalle teorie neo-istituzionaliste, isomorfe.

Dal punto di vista dell'assetto organizzativo, infatti, secondo quanto previsto dalla normativa vigente (d.lgs. n. 502/92) la struttura appare lineare e particolarmente semplificata (Fig. 9).

Il Direttore Generale costituisce il vertice strategico, nominato dalla regione, egli è responsabile della gestione complessiva e ha la rappresentanza della azienda sanitaria.

Il Direttore Generale nomina i Direttori Amministrativo e Sanitario, i quali assumono la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza, partecipano, unitamente al Direttore Generale, alla direzione dell'azienda, e concorrono alla formazione delle decisioni.

Per il governo delle attività cliniche e per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, il Direttore Generale si avvale della collaborazione del Collegio di Direzione. Tale collegio, in particolare, concorre a formulare i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per attuare l'attività libero-

professionale intramuraria, nonché a valutare i risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.

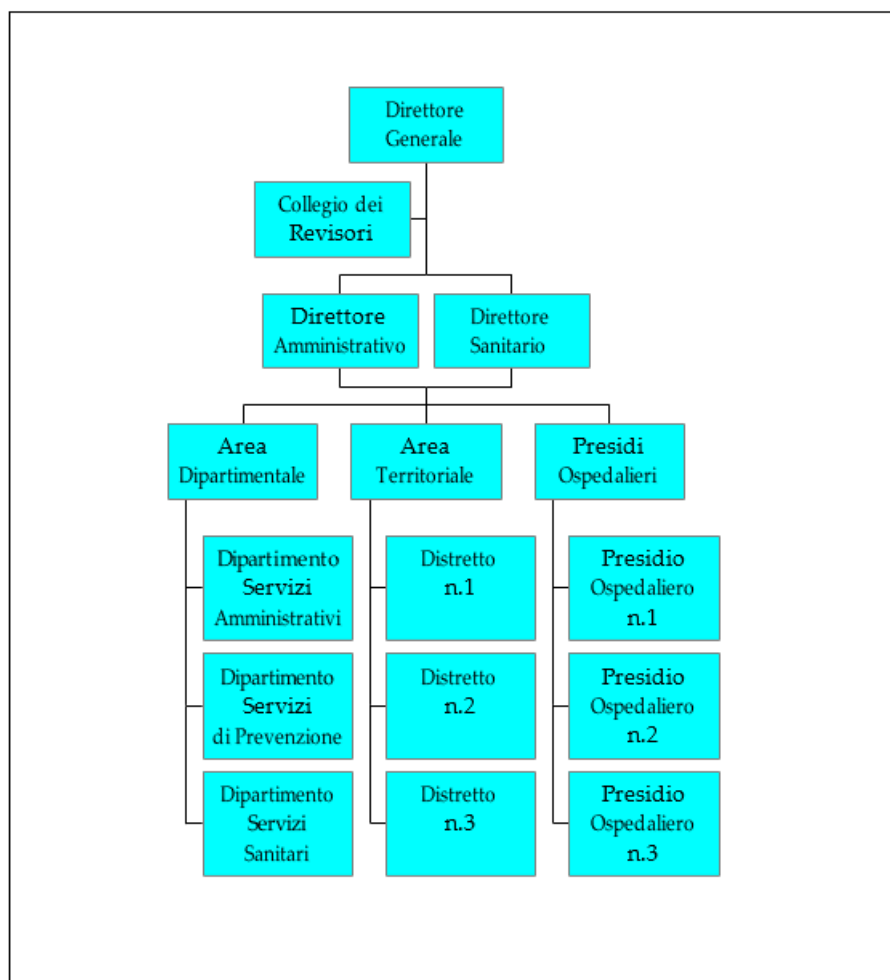
La composizione e l'attività del Collegio di Direzione sono disciplinati dalla Regione; è comunque previsto che ne facciano parte:

- Direttore Sanitario e quello Amministrativo,
- Direttori di Distretto,
- Dipartimento
- Presidio.

Il Direttore Amministrativo, con la sua struttura articolata in servizi, supporta il Direttore Generale nella gestione amministrativa, finanziaria ed organizzativa, cura in qualità di responsabile dei servizi amministrativi, tutti gli aspetti connessi alla gestione contabile, alla gestione e amministrazione del personale, alle procedure di acquisto e alla predisposizione dei documenti di bilancio.

Il Direttore Sanitario, invece, dirige, indirizza e coordina l'azione delle strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, l'azione dei Dipartimenti sanitari, nei quali si articola la propria struttura, promuovendo anche modalità innovative di offerta di servizi sanitari.

Fig. 9 – La struttura organizzativa di una Azienda Sanitaria Locale



Terzo Capitolo.

Il dipartimento.

Nel nuovo contesto in cui si trovano ad operare le aziende sanitarie, caratterizzato da più ampi margini di autonomia a disposizione del management, si pone con maggiore vigore il quesito di fondo di come far coesistere l'autonomia organizzativa di tali strutture con la logica istituzionale che, come precedentemente sottolineato, limita attraverso le regole l'insieme delle alternative di comportamento e i gradi di libertà decisionale del management nello svolgimento delle attività gestionali.

È sulla base di tale considerazione che risulta interessante analizzare una delle più rilevanti innovazioni volute dal legislatore in termini di riassetto organizzativo delle aziende sanitarie: la creazione dei Dipartimenti, come strumento di rafforzamento di gruppi, di attività omogenee culturalmente e organizzativamente aventi un fine comune.

Il Dipartimento rappresenta un'efficace espressione e modalità operativa di applicazione dei principi precedentemente esposti, ma anche un modo diverso di concepire amministrare e gestire il servizio sanitario rispetto all'impostazione tradizionali, con un diverso orientamento teso al potenziamento della collaborazione, dell'integrazione delle competenze e delle responsabilità, della valorizzazione e del coinvolgimento delle professionalità, dell'uso comune delle risorse umane, economiche e strumentali verso fini e programmi comuni.

Il Dipartimento è costituito da Unità Operative (UO) interdipendenti che per omogeneità affinità o complementarità, perseguono comuni finalità, mantenendo la propria autonomia clinico-professionale, all'interno di un comune modello gestionale ed organizzativo, al fine di rendere fluidi i percorsi diagnostico-terapeutici fornendo una risposta unica, rapida, e completa alla richiesta di prestazioni loro rivolta dagli utenti.

Le regioni in armonia con la legislazione nazionale hanno definito che rientra nell'autonomia organizzativa delle Aziende Ospedaliere e delle Aziende Sanitarie Locali, individuare quali delle discipline che afferiscono al Dipartimento debbano essere costituite in Unità Operativa o in Moduli Funzionali di Unità Operativa.

Il Dipartimento ha assunto una posizione centrale nel dibattito sull'organizzazione interna delle strutture sanitarie.

In letteratura, infatti, si riscontra una netta convergenza nell'individuare la struttura dipartimentale come soluzione per la maggior parte dei problemi di efficienza e qualità dell'attività clinica e assistenziale.

Questo diffuso clima positivo trova giustificazione anche nei risultati confortanti di esperienze estere simili. La trasformazione delle vecchie strutture ospedaliere in divisioni di partimentalizzate, ad esempio, è la direzione seguita anche dalla Svezia per attuare il cambiamento organizzativo nel settore sanitario.

L'attenzione al Dipartimento nasce dall'osservazione dei limiti dell'organizzazione ospedaliera tipica (di tipo funzionale) basata sulla creazione di unità operative e di servizi diagnostici che fanno riferimento a singole discipline. Il modello funzionale è apparso sempre meno adatto alle esigenze della medicina moderna in cui, l'elevata specializzazione delle competenze, comporta un peso economico troppo alto a causa dei costi determinati

dall'esigenza di garantire un servizio sanitario integrato in grado di soddisfare pienamente il complesso bisogno di salute dei cittadini.

Secondo le linee guida dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali (ASSR), il Dipartimento deve essere costituito da **unità operative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.**

Sempre in tema di progettazione e di classificazione degli assetti dipartimentali, l'attenzione va posta anche sulla natura, funzionale o strutturale, che i Dipartimenti possono assumere, nonché sul tipo di potere o assetto di governo, forte o debole, ad essi delegato.

Il Dipartimento funzionale non prevede la condivisione fisica degli spazi e delle risorse per le unità in esso raggruppate, caratteristica che contraddistingue, invece, il Dipartimento strutturale.

La contiguità spaziale delle unità accorpate, che si verifica nel Dipartimento strutturale, comporta certamente, un impatto maggiore sull'organizzazione, in quanto consente di gestire in comune tutte le risorse, da quelle umane, a quelle strumentali a quelle strutturali (particolarmente rilevante diviene la gestione in comune dei posti letto, delle sale d'attesa e degli spazi comuni per i pazienti).

Per quel che riguarda l'assetto di governo si parla, in generale, di Dipartimento "forte", quando lo stesso gestisce gerarchicamente i fattori produttivi di cui dispone ed è quindi caratterizzato da precise responsabilità economiche a cui si collegano poteri e capacità di intervento sulle singole Unità Operative di cui si compone. Il Dipartimento, invece, è caratterizzato da un assetto di governo "debole" quando funge unicamente da momento di coordinamento trasversale dell'attività liberamente programmata e gestita dalle singole unità,

dove quindi le responsabilità economiche, come osserva Del Vecchio (1999), divengono “più sfocate e i poteri di intervento spesso si limitano alle sole risorse esplicitamente messe in comune a livello dipartimentale”.

Adottare strutture dipartimentali significa ridisegnare l'assetto organizzativo sanitario, in maniera tale da accorpare le unità che rispondono a specializzazioni complementari o strettamente interrelate e ottenere una condivisione delle risorse umane, fisiche e di know-how professionale al fine di:

- migliorare il servizio all'utente;
- contenere i costi attraverso la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse;
- favorire la sperimentazione e la ricerca clinica (attività che richiede un approccio multidisciplinare a partire da una base comune di conoscenze);
- evitare la frammentazione degli interlocutori per la direzione aziendale;
- porre rimedio alle carenze logistiche nella distribuzione degli spazi e delle attrezzature;
- impedire la iper-specializzazione disciplinare.

L'applicazione di una organizzazione per dipartimenti pone come aspetto fondamentale e preliminare, seguendo un approccio di progettazione organizzativa “bottom-up”, la definizione dei criteri di aggregazione delle attività in moduli funzionali, unità operative e dipartimenti cui consegue la successiva articolazione complessiva di una struttura sanitaria.

Da un punto di vista strettamente organizzativo, il Dipartimento rappresenta quindi una soluzione organizzativa di integrazione e di coordinamento che si basa sul criterio delle interdipendenze.

L'attività di progettazione di una struttura organizzativa presuppone, come osservato da Thompson (1967), l'analisi delle attività da svolgere per raggiungere le finalità dell'organizzazione e l'individuazione delle relazioni di interdipendenza che legano i diversi attori del sistema; di conseguenza, “alla base di qualsiasi scelta di divisione del lavoro c'è l'individuazione di quelle situazioni di omogeneità che giustificano l'accorpamento delle attività sotto medesime responsabilità organizzative” (Cicchetti e Lomi, 2000a).

Nel caso dei dipartimenti nelle strutture sanitarie l'attività di progettazione in generale, e la scelta della modalità di accorpamento delle diverse unità in particolare, risente fortemente, come sopra evidenziato, delle pressioni esercitate dalla normativa sul tema.

Le Unità Operative costituenti il Dipartimento sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e professionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati e, a tal fine, adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, medico- legale ed economico.

Con riferimento alle modalità di aggregazione delle unità nei dipartimenti (Zanetti, 1994; Bissoni, 1996; Lega, 1999), diversi sono i criteri che si possono seguire e, in particolare:

- per intensità e gradualità delle cure - dipartimento costituito da una struttura di degenza modulata in funzione della gradualità ed intensità della cura e del tipo di intervento (dip. intensivo, dip. semi intensivo);

- per fasce di età: - dipartimento comprendente tutte le specialità necessarie per rendere “globale” l'intervento su determinati gruppi di età (dip. materno-infantile, dip. geriatrico);
- per settori nosologici: - dipartimento contenente le specialità necessarie per garantire un intervento multidisciplinare in relazione alla categoria nosologica (dip. cardiovascolare);
- per grandi aree specialistiche - dipartimento utile per ospedali di piccole dimensioni (dip. delle specialità mediche, dip. delle specialità chirurgiche);
- per organo od apparato - dipartimento indicato per grandi ospedali polispecialistici in quanto integra tutte le unità responsabili della diagnosi, cura e riabilitazione di un particolare organo od apparato (dip. cardiorespiratorio, dip. di gastroenterologia);
- aggregazione fondata sul momento dell'intervento - dipartimento fondato sul momento in cui risulta necessario l'intervento (dip. di emergenza e accettazione, dip. di riabilitazione);
- aggregazione di ogni altro tipo: dipartimenti che collegano strutture affini ed anche diverse dell'ospedale purché finalizzate ad obiettivi comuni (“residuali” - dip. di diagnostica per immagine, dip. di medicina di laboratorio ed anatomia patologica; e “trasmurali”, di raccordo tra ospedali e territorio - dip. di emergenza e accettazione).

Individuati i criteri di accorpamento o aggregazione adottabili, è importante precisare che all'interno di ogni singola struttura sanitaria è possibile, ma soprattutto frequente, ritrovare

dipartimenti costituiti seguendo criteri diversi; l'eterogeneità dei criteri adottati dipenderà fondamentalmente dalla complessità funzionale delle singole strutture sanitarie.

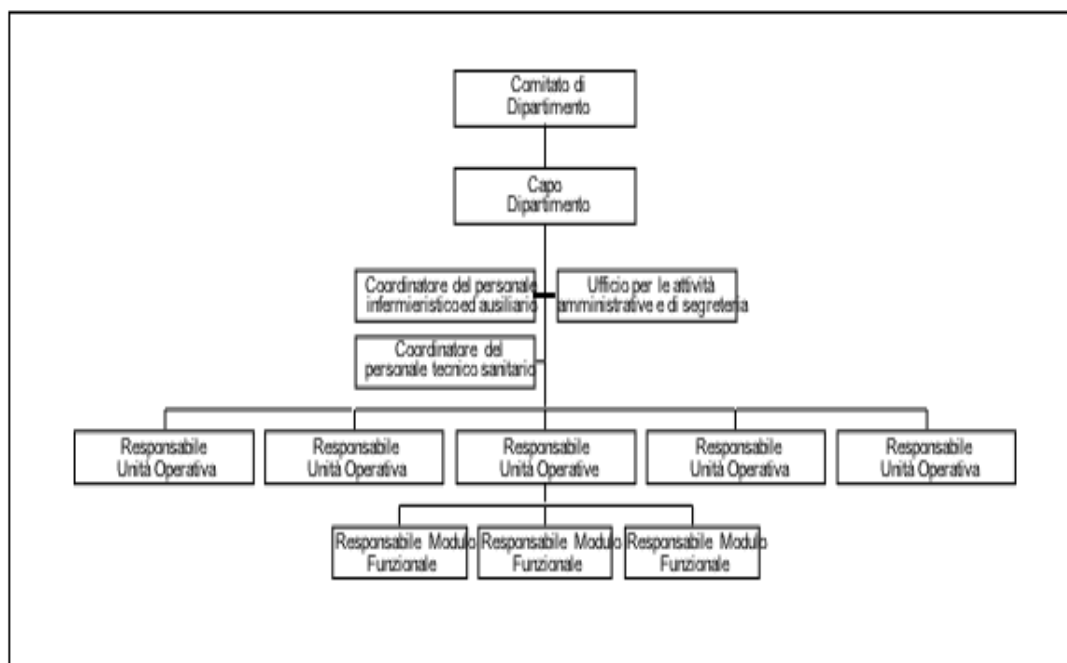
Infine, occorre evidenziare un'ultima questione, ritenuta da molti la più spinosa, in tema di progettazione dell'assetto organizzativo dipartimentale: quella della definizione dei livelli decisionali all'interno dei dipartimenti e dei relativi ruoli.

Per quel che riguarda le tematiche gestionali ed organizzative, due sono i livelli decisionali previsti: il Direttore di Dipartimento, che ha prevalentemente un potere esecutivo e il Comitato di Dipartimento che risulta, invece, essere l'organo deliberante.

In conclusione, prescindendo dalle limitazioni previste dalla normativa sulle modalità di strutturazione dei Dipartimenti, ciò che risulta prioritario, sia nei Dipartimenti strutturali che funzionali, siano essi forti o deboli, è la previsione di una figura di Direttore di Dipartimento dotata di ampi margini di libertà nella gestione del budget assegnato e di ampi spazi di autonomia organizzativa²⁴, cui vanno associate le relative responsabilità economiche ed organizzative (Catananti et altri, 1996).

Per quel che riguarda le modalità organizzative interne al Dipartimento, occorre in primo luogo sottolineare che la principale attività di progettazione comporta l'individuazione di nuove "entità" organizzative: le Unità Operative, i Moduli, e i Gruppi operativi Interdipartimentali (Fig. 10).

Fig. 10 – La struttura di un Dipartimento



Le Unità Operative (U.O.) nel caso delle aziende ospedaliere, ad esempio, ricalcano più o meno i tradizionali reparti con la distinzione che vi sono U.O. clinico-assistenziali - dotate di posti letto - e U.O. di servizi diagnostici o terapeutici sprovviste, invece, degli stessi.

I moduli rappresentano delle sub articolazioni delle unità operative e possono essere organizzativi o funzionali:

- il modulo organizzativo è un'articolazione dell'Unità Operativa dettata dalla particolarità dell'attività svolta; richiede quindi particolari competenze professionali e costituisce un ambito specifico per i contenuti medico-scientifici e tecnologici (es.: modulo

di neuro- fisiopatologia nell'unità operativa di neurologia, oppure un modulo di talassemia nell'ambito dell'unità operativa di pediatria);

- il modulo funzionale, nasce dall'esigenza di realizzare nel Dipartimento modelli organizzativi cui possono assegnarsi responsabilità legate alla gestione/organizzazione di certe attività/funzioni (es.:ambulatorio, dayhospital) che possono interessare in modo trasversale e quindi orizzontale più unità del Dipartimento.

Nel caso in cui esistano delle finalità che superino quelle proprie dei singoli dipartimenti; come osservano Guzzanti ed altri (1995), il Dipartimento è “un modello organizzativo che raggruppa «verticalmente» le varie branche specialistiche, ma che deve contemporaneamente collegarsi «trasversalmente» con gli appartenenti ad altri dipartimenti per la risoluzione in comune di specifici problemi clinici ed organizzativi, per evitare l'isolamento della struttura nel suo complesso”.

Pertanto in caso di aspetti che interessano, in modo trasversale e orizzontale, più Unità Operative appartenenti a Dipartimenti diversi, o direttamente più Dipartimenti, si possono costituire dei Gruppi Operativi Interdipartimentali che possono essere (Fig. 11):

- permanenti (G.O.I.P.) come nel caso in cui sorga la necessità di istituire un gruppo che si occupi del controllo delle infezioni nosocomiali, o del trapianto di organi, tematiche che certamente interessano più Dipartimenti;
- temporanei (G.O.I.T) come nel caso in cui si costituiscono gruppi finalizzati alla risoluzione di problemi specifici in tempi relativamente brevi, con l'obiettivo di individuare soluzioni clinico-organizzative utili per l'organizzazione nel suo complesso (come ad esempio i gruppi per la definizione dei protocolli per le pratiche di laboratorio, o quelli per la dimissione protetta domiciliare post-partum).

specializzate e meno il collegamento processuale delle attività sul paziente, soprattutto per uno scarso coordinamento e integrazione tra i Dipartimenti.

Sembra, quindi, che le aziende frequentemente, nell'esigenza di trovare legittimazione istituzionale, abbiano adottato modelli dipartimentali improntati più alla razionalizzazione economica che alla riduzione della "settorializzazione" delle attività cliniche.

Con questo ruolo, il Dipartimento può incidere positivamente sui costi fissi dell'azienda sanitaria razionalizzando gli spazi logistici e la dotazione tecnologica e di personale condivisibile e, contemporaneamente, eliminare i vincoli strutturali della specializzazione settoriale attraverso un'organizzazione per gruppi di lavoro trasversali ad uno o più dipartimenti, cui gli stessi gruppi si appoggiano per svolgere l'attività operativa.

Le difficoltà incontrate nell'integrazione organizzativa dipartimentale sono quindi legate, prevalentemente, alla messa in discussione del grado di autonomia dei singoli responsabili delle U.O., degli equilibri di potere e dei conseguenti poteri di controllo sulle risorse. L'interdipendenza e l'integrazione delle varie unità costituisce, nel sentire dei professionisti medici, un vincolo sostanziale all'autonomia così come precedentemente intesa.

Occorre allora, sviluppare nei professionisti la convinzione che la limitazione del proprio potere permetterà un aumento del potere di gruppo, e di conseguenza un aumento del proprio, e che il cedere risorse implica trovare sinergie che restituiranno le stesse risorse incrementate.

Il Dipartimento non rinnega l'autonomia, l'indipendenza e la responsabilità del singolo ma ne delimita la portata, perché obbliga ad un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, alla gestione comune delle risorse umane e strumentali, alla realizzazione di forme di coordinamento e standardizzazione di modalità operative.

In conclusione, si è convinti che un modello organizzativo reticolare interno, fondato sul Dipartimento accompagnato da una funzione di integrazione e coordinamento dei gruppi di lavoro, sia in grado di conservare i vantaggi del modello dipartimentale tradizionale, recuperando sia la centralità del paziente, sia quella del professionista, e di trasformare la configurazione di una struttura sanitaria da burocrazia professionale a adhocrazia.

Quarto Capitolo.

La gestione per processi in ambito sanitario.

L'ottica di processo è uno degli elementi caratterizzanti la nuova versione delle norme ISO 9000:2000 e l'approccio per processi

è il concetto base per il sistema di gestione della qualità.

Il processo non è qualcosa di tecnico e freddo, fatto di procedure, attrezzature, flussi di attività, tecniche.

Il processo ha "vita" in quanto è gestito da persone, ha origine, nella sua globalità da un mix di persone e metodologie, in cui le attrezzature sono uno strumento al servizio delle persone.

L'applicazione di tale approccio all'interno di una organizzazione sanitaria complessa, consente l'individuazione e quindi la necessità di governo, di processi gestionali e di processi sanitari.

Tale principio favorisce la visione globale all'organizzazione aziendale, rappresentandola attraverso un insieme di processi tra loro interconnessi (manageriali, clinici, infermieristici, amministrativi) in cui il paziente/utente è coinvolto.

Infatti è bene evidenziare che ciò che il paziente/utente percepisce ha origine direttamente dai processi e sono indirettamente dalle singole funzioni.

Tradizionalmente le gestioni e i miglioramenti sono stati affrontati per funzioni, ma si genera valore attraverso i processi, e non mediante le funzioni (sono i processi a creare valore).

Ragionare pertanto nella logica dei processi significa innanzitutto comprendere che, ai fini dell'efficacia del SGQ e del miglioramento, non ha senso ottimizzare le funzioni aziendali in quanto tali.

Una analisi delle norme ISO 9000:2000, consente di leggere i principi di Gestione della Qualità come un "sistema" ispirato a una strategia di tipo unitario, di cui l'approccio per processi rappresenta la chiave interpretativa. In particolare, la relazione sussistente fra approccio per processi /approccio sistemico/miglioramento continuo, sintetizzata nel ciclo PDCA, è riconducibile ai meccanismi basati sul concetto di retroazione.

Nell'ambito di un SGQ il ciclo PDCA rappresenta peraltro un ciclo dinamico che può essere applicato sia al singolo processo, inteso come sottosistema, sia alla rete di processi in quanto tale, intesa quale macrosistema aziendale.

Il ciclo è strettamente associato con la pianificazione, l'attuazione, il controllo ed il miglioramento continuo dei processi realizzativi e di quelli relativi al SGQ; esso si applica sia ai processi strategici di alto livello (come per la pianificazione del SGQ, o per i riesami della direzione), sia alle più semplici attività operative connesse ai processi realizzativi.

E' altresì evidente il nesso logico funzionale fra i principi: "coinvolgimento del personale (e relative azioni di empowerment)" / "approccio sistemico" / "approccio per processi" /"leadership" /; l'attribuzione, ai process owners (responsabili di processo) della responsabilità di conseguire specifici obiettivi per il proprio processo, misurabili sia in termini di qualità erogata (monitoraggio e misurazione delle prestazioni del processo), sia in termini di qualità percepita (da parte del "cliente interno"), fa sì che la gestione per la qualità dell'organizzazione sia focalizzata soprattutto sulle interazioni fra i processi; proprio tale scenario riproduce il classico modello di sistema, inteso come insieme di elementi

strutturalmente interconnessi allo scopo di realizzare, mediante la rete delle reciproche relazioni funzionali, la realizzazione di un fine.

In altri termini, laddove l'approccio funzionale attribuisce alla direzione un compito di indirizzo e sorveglianza della conformità di ciascuno degli elementi dell'organizzazione, rispetto alle regole stabilite, (dal cliente, dall'azienda, dal quadro normativo), l'approccio per processi consente alla direzione di focalizzare la propria attenzione sull'orchestrazione e al riesame del sistema e dei processi del sistema.

La necessità di questo spostamento dell'asse, dal versante dell'autorità a quello dell'autorevolezza, trova ulteriore rappresentazione nel principio della "leadership".

E' opportuno mettere ordine nella discussione sui processi, a partire dalle definizioni, fornite dalla letteratura, che identificano il processo:

- Un processo è un insieme di attività che trasformano input in output che hanno valore per i clienti (esterni/interni).
- Un processo è una sequenza di attività correlate e finalizzate a uno specifico risultato finale; le attività sono ripetitive, con valore aggiunto, con apporto di risorse umane ed eventualmente anche informatiche.
- Un output di processo presenta maggior valore se esso dimostra maggior qualità e/o miglior capacità di servizio (valutabile dal cliente del processo) e se avviene con minori tempi e costi
- Un processo viene in genere individuato attraverso un diagramma di flusso, che individua il suo percorso e le sue attività, lungo le funzioni attraversate.
- I processi primari sono i processi aziendali a maggior impatto sui risultati di business dell'azienda; sono spesso caratteristici del settore in cui l'azienda opera, creano un valore riconosciuto dal cliente e sono in genere critici per ottenere successo.

- I processi di supporto sono quei processi necessari per la gestione aziendale, che non apportano valore aggiunto sul prodotto/servizio riconoscibile dal cliente.

In generale:

✓ PROCESSI PRIMARI:

quelli a maggiore impatto sul business dell'azienda caratteristici del settore in cui opera creano valore per il cliente sono critici per avere successo

✓ PROCESSI DI SUPPORTO:

tutti quelli che si devono svolgere per garantire l'operatività, l'efficienza e l'efficacia dei processi primari e per poter gestire l'azienda

✓ PROCESSI DI BUSINESS:

quelli che hanno maggiore impatto sul risultato operativo e strategico dell'azienda (sempre o in un particolare momento)

✓ PROCESSI CRITICI:

quelli che sono svolti con qualità insoddisfacente

✓ PROCESSI PRIORITARI:

processi critici ad alto impatto sul risultato del business. (possono anche non essere primari o di business).

L'approccio per processi prevede, in generale, i seguenti principali livelli di intervento:

- Il livello degli interventi riorganizzativi (Business Process Reengineering)
- Il livello della gestione operativa (gestione per processi - process owner)
- Il livello della gestione routinaria del miglioramento (cliente interno - day to day management)

La norma ISO 9001:2000, promuove, in particolare, l'adozione di una gestione per processi come modalità operativa specifica del modello di Qualità Totale e sollecita l'attuazione di modalità graduali per il miglioramento, tali da non incidere in termini drastici sull'organizzazione del sistema aziendale: dunque, l'applicazione di questa modalità operativa può essere estesa a tutti i casi in cui non si ritiene opportuno intervenire sull'assetto organizzativo dell'azienda

La gestione per processi consente di individuare i processi su cui intervenire e opera poi in modo strutturato per il miglioramento degli stessi, senza modificare l'organigramma aziendale (a livello macro). L'unica, ma importante, variazione organizzativa, è costituita, come si è detto, dalla creazione dei responsabili dei processi, i process owner.

Nell'approccio per processi si utilizza la regola fornitore-cliente (Day to Day Management) o Daily Routine Work (DRW). In base a tale regola, ogni funzione aziendale coinvolta nel processo deve conoscere, comprendere e soddisfare i bisogni del "cliente" (la funzione che segue), nel flusso delle attività che è l'utilizzatore dell'output dell'attività considerata).

Il responsabile di ciascuna attività è il manager della propria sotto-organizzazione, ed è il responsabile della realizzazione dei corrispondenti obiettivi (dettati dalle aspettative del cliente interno).

Questa condizione fa sì che il sistema sia regolato dal meccanismo delle aspettative interne, rendendo meno necessaria una direzione di tipo verticistico.

Il process owner governerà le relazioni funzionali fra gli enti che intervengono nel processo.

L'alta direzione sarà responsabile di definire l'architettura del sistema, e la forma dell'organizzazione, individuare le strategie di risposta al "cliente" esterno, attribuire le responsabilità gestionali.

Il tal modo:

- ✓ Il principio funzionale dell'organizzazione non risiederà più nella somma delle sue parti, singolarmente e separatamente, ma nel sistema delle relazioni fra gli funzioni, intese come attività correlate nel processo che è nelle mani del process owner, nonché autoregolate dalla logica della catena interna di fornitura (le procedure di gestione assumono maggiore peso che nel passato, rispetto alla procedure di realizzazione).
- ✓ La condizione di efficacia non consisterà più nella sola conformità alle regole superiori, ma, soprattutto, nella gestione migliorativa delle contingenze quotidiane (pdca cycle), al livello di ciascuna interfaccia fornitore-cliente.

Vi sono sei elementi che concorrono all'identificazione e alla descrizione di un processo aziendale:

- l'output
- le attività (o fasi)

- gli input
- le risorse
- le interdipendenze tra attività
- i metodi di gestione

OUTPUT

E' definito a partire dalle esigenze del cliente sia esso esterno (il cliente vero e proprio), sia esso interno (un altro processo aziendale). L'identificazione dell'output richiede anche la definizione delle prestazioni ad esso associate, in termini di costi, caratteristiche quantitative e tempi di consegna o sviluppo.

FASI

Attività e decisioni che interagendo tra loro consentono la realizzazione dell'output

INPUT

Fattori fisici e informativi acquistati all'esterno o da altri processi aziendali, che sono necessari all'avvio delle fasi del processo

RISORSE

Insieme di capacità umane e tecnologiche necessarie per svolgere le attività e prendere decisioni in modo efficiente. L'identificazione delle risorse richiede anche la definizione dei ruoli e del potere decisionali dei diversi attori

INTERDIPENDENZE

Legami logici e di precedenza che esistono fra le fasi di un processo ed, eventualmente, con altri processi. Possono essere:

- sequenziali, se una fase produce un output intermedio che è un input necessario ad un'altra fase (a valle)
- reciproche, se due fasi producono output che costituiscono input reciprocamente necessari
- generiche, se due fasi pur non essendo interrelate in teoria, di fatto interagiscono, ad esempio perché condividono le stesse risorse.

I principi-chiave della gestione per processi sono

- ✓ La direzione per Politiche (Management by Policy - MbP)
- ✓ La gestione del "giorno per giorno" (Day to Day Management).

La Direzione per Politiche rappresenta l'evoluzione dei preesistenti sistemi di Management per Obiettivi. Il MbP in particolare costituisce la sintesi fra MbO e i nuovi approcci di gestione operativa, sviluppati in senso imprenditoriale.

Il MbP si basa sull'individuazione di un numero limitato di obiettivi prioritari e sul presidio della loro gestione operativa.

Il MbO consisteva nell'assegnazione di obiettivi ai manager, per una successiva valutazione delle prestazioni e per la conseguente gestione del sistema di riconoscimenti.

Il MbP deriva dalla necessità di coniugare l'approccio giapponese del miglioramento continuo (kaizen), caratterizzato da un forte coinvolgimento del personale, con la direzione per obiettivi, propria della cultura occidentale, nella quale invece non vi era un significativo coinvolgimento di tutta l'azienda. (MBP = Kaizen + MBO).

Le principali caratteristiche del MBP sono:

- Collegamento diretto al piano strategico e al business plan
- focalizzazione su poche priorità fondamentali, con importanti obiettivi
- individuazione contestuale degli obiettivi e dei modi per raggiungerli (il "come" più importante del "quanto")
- la forte integrazione del processo interfunzionale e la sua forte finalizzazione al risultato
- sinergia dei processi top-down e bottom up
- continua e sistematica gestione del processo, finalizzato al raggiungimento degli obiettivi.

- applicazione rigorosa del metodo PDCA (metodologia di base per lo sviluppo del miglioramento)
- enfasi sulle relazioni causa/effetto
- audit diretti da parte del top management.

Dal punto di vista operativo, il MBP utilizza la metodologia del Policy Deployment, basata su di una cascata di punti di controllo (control point) e punti di verifica (check item), secondo una logica gerarchica di relazioni cause/effetto.

Nel MbP si distinguono tre livelli di attuazione:

- La politica di lungo termine
- La politica annuale
- La campagna

La politica di lungo termine riguarda l'esplicitazione di un insieme di valori e di principi per orientare i piani strategici, i business plan e tutte le attività fondamentali dell'azienda, per un certo numero di anni.

I contenuti sono delle seguenti tipologie:

- principi strategici orientati alla Qualità Totale
- principi per i rapporti con i clienti/mercato
- principi per i rapporti con i fornitori
- principi per i rapporti con i dipendenti
- principi culturali e organizzativi
- principi di riferimento per lo sviluppo dei principali processi di business.

La Politica Annuale è l'insieme articolato (deployment) di obiettivi (il "che cosa") e di linee guida/azioni (il "come") che orientano i processi gestionali e le attività di miglioramento verso gli obiettivi del business plan/piano strategico.

La Campagna mira a finalizzare su linee guida comuni tutte le attività di miglioramento dell'azienda nelle aree o nelle persone non raggiunte direttamente dal deployment delle politiche operative.

Nel MbP riveste particolare importanza il "come", rispetto al "quanto".

Il Day to Day Management consiste nella gestione organizzata del processo di miglioramento continuo (di tipo bottom up) dell'azienda, attraverso un forte orientamento al cliente interno (perseguendo, cioè miglioramenti "lungo i processi"). Tale processo di miglioramento deve rappresentare un fatto sistematico.

Sintetizzando, la metodologia della gestione per processi è basata sui seguenti principi:

- Focalizzazione sui processi visti come catene di fornitori e clienti
- Allineamento continuo ai bisogni dei clienti
- La necessità di mantenere sotto controllo le prestazioni del processo e le modalità con cui esso si svolge
- Interventi guidati da scelte per priorità.

In relazione a quest'ultimo punto, l'organizzazione dovrà, in particolare:

- scegliere i processi su cui prioritariamente intervenire
- studiare e attuare i cambiamenti nei processi scelti
- gestirli nel tempo per mantenere le prestazioni.

La scelta dei processi su cui intervenire deve essere strettamente connessa agli obiettivi strategici che l'organizzazione intende ottenere e alle prestazioni attuali dei processi, soprattutto in rapporto ai competitors.

Questa attività dovrebbe essere sviluppata attraverso riunioni, tali da coinvolgere il management e i responsabili delle principali funzioni aziendali, durante le quali sia individuato il collegamento fra gli obiettivi strategici (in genere predefiniti) di medio periodo e i processi interni maggiormente coinvolti nel loro raggiungimento.

Le fasi del processo di individuazione dei processi primari possono essere così sintetizzate:

- ✓ Definizione degli Obiettivi strategici di riferimento, espressi in forma quantitativa (a questo proposito, la ISO 9001:2000 prescrive che la Politica per la Qualità preveda un quadro strutturale per definire e riesaminare gli obiettivi per la qualità).

- ✓ Ricerca dei fattori chiave, ovvero di quei fattori che, all'interno dell'organizzazione, consentono di raggiungere gli obiettivi strategici. I fattori chiave dovrebbero essere classificati secondo un ordine di priorità, attribuendo loro dei fattori di ponderazione o delle percentuali di peso: questa graduazione può essere agevolata dalle analisi di customer satisfaction e di benchmarking.

- ✓ Ricerca dei processi interni correlati ai fattori chiave:
 - elencando tutti i processi interni;

 - individuando per ogni fattore chiave quali siano i processi ad esso correlati. In questa fase, è necessario evitare che l'elenco contenga processi di diverso livello gerarchico. La compresenza

di macroprocessi e processi di livello inferiore potrebbe pregiudicare infatti l'utilità dell'elenco a fini gestionali.

- ✓ Costruzione della matrice di correlazione processi/fattori chiave. E' opportuno, nella matrice, distinguere le correlazioni in base alla loro intensità (correlazione forte/debole/nulla).

- ✓ Costruzione della matrice di correlazione B/Q, per identificare l'area di massima criticità, dove si collocano i processi ad elevato impatto sul business e con qualità insoddisfacente.

Questi sono i processi su cui occorrerà prioritariamente intervenire.

Alle predette attività di analisi, che riguardano soprattutto le relazioni del processo con l'esterno, deve associarsi un'analisi degli aspetti intrinseci del processo, mediante la rilevazione della situazione esistente.

Tale rilevazione può consistere nella descrizione sequenziale e dettagliata delle fasi del processo (mappatura del processo). Gli strumenti utilizzabili per questo scopo sono:

- la simbologia ASME

- il diagramma di flusso

- il diagramma di flusso interfunzionale.

Dal momento che un processo è composto di numerose fasi o attività, diverse fra loro nel condizionare l'efficacia e l'efficienza del processo di appartenenza, occorrerà commisurare l'intervento migliorativo nel punto più adeguato.

Pertanto, il processo andrà scomposto in parti significative e omogenee, la cui valutazione di criticità servirà a indicare il tipo di intervento da eseguire.

La metodologia da impiegare è la stessa impiegata per l'individuazione dei processi prioritari (matrice di correlazione sottoprocessi/fattori chiave del processo)

Quello che ne deriva è una "matrice delle modalità/opportunità di intervento":

Scelta delle modalità di miglioramento:

✓ REENGINEERING

Per i sottoprocessi caratterizzati da una elevata criticità e da una bassa qualità prestazionale, che pertanto richiedono un radicale REENGINEERING.

La riprogettazione può avvenire secondo due modalità alternative: il Business Process Reengineering (BPR), che prevede un riazzeramento dei processi, per la loro completa ridefinizione, oppure una riprogettazione basata sullo stato attuale del processo.

✓ Miglioramento BREAKTHROUGHT:

Per i sottoprocessi che impattano, anche se in misura non critica, sul risultato, e con scarsa qualità prestazionale. Tali processi richiedono drastici miglioramenti.

✓ Miglioramento Continuo:

Per i sottoprocessi con elevato impatto sul processo, e con elevata qualità prestazionale. Per tali sottoprocessi si impongono interventi finalizzati a mantenere elevato anche in futuro, il livello prestazionale. Occorre, in altre parole, instaurare una dinamica di miglioramento

progressivo, a piccoli passi. Il miglioramento continuo è uno dei punti di forza dell'approccio "Qualità Totale", secondo il quale esso deve essere perseguito attraverso la metodologia del Daily Routine Work (DRW): i sottoprocessi vengono visti come una sequenza di attività interrelate, ordinate lungo la catena interna cliente-fornitore. Questa configurazione non richiede modifiche o adattamenti. Si tratterà invece, semplicemente, di perseguire l'incremento della soddisfazione del cliente interno.

Il meccanismo interno cliente-fornitore, peraltro, è tale da generare l'automatico riallineamento del processo rispetto all'evolversi delle esigenze del cliente esterno

✓ Mantenimento

Per i sottoprocessi con scarso impatto sugli obiettivi del processo ed elevata qualità delle prestazioni. Anche in questo caso, viene richiesto solo di mantenere le attuali prestazioni e garantirne, nel tempo, l'adeguamento al variare delle aspettative. Questi sottoprocessi potranno perciò anch'essi essere presidiati con la logica del Daily Routine Work

Si è accennato a come, secondo l'approccio Total Quality, i processi migliorativi vadano perseguiti mediante la valorizzazione delle dinamiche fornitore-cliente, riconoscibili all'interno di ogni organizzazione. La metodologia proposta, nota come Daily Routine Work o "Day to Day Management", si basa sulla ricerca sistematica, da parte di ogni funzione aziendale, della soddisfazione delle aspettative del proprio "cliente interno", rappresentato dall'ente a valle, in applicazione della logica di customer satisfaction classicamente applicata nei confronti del destinatario esterno di un prodotto/servizio.

Ogni funzione aziendale dovrà pertanto essere identificato come un processo, che riceve input e, attraverso opportune attività di trasformazione, produce un output "a valore aggiunto" per il destinatario.

Nella pratica, individuato un processo interfunzionale che si intende gestire per il miglioramento, occorrerà definire le singole attività che lo compongono e valutarne la criticità, in modo da stabilire la scala di priorità che dovrà essere rispettata nell'effettuazione dell'intervento migliorativo.

L'attività maggiormente critica verrà qualificata, per le finalità dell'intervento, essa stessa come un processo.

L'identificazione delle finalità: andrà costruita la flow chart del processo, non necessariamente dettagliata, ma comunque tale da evidenziare le interazioni del processo con le altre funzioni. La logica e il fine delle interazioni dovranno essere valutati, a fronte delle finalità complessive del macroprocesso aziendale.

Il processo in esame dovrà essere valutato in relazione alle sue finalità, che pertanto andranno esplicitate in modo chiaro e sintetico (a cosa serve il processo?), ponendo l'enfasi sul valore dell'output per il cliente interno.

L'identificazione del cliente interno

A chi è indirizzato l'output di processo?

Quali sono le esigenze del cliente interno?

A queste domande occorrerà dare una risposta, attraverso il coinvolgimento delle funzioni aziendali poste a valle del processo considerato, e i cui responsabili saranno intervistati, per conoscere le loro aspettative. Si potrà, eventualmente, gerarchizzare in ordine di importanza tali aspettative.

La fase successiva consiste nell'individuare opportuni indicatori attraverso i quali possa misurarsi la qualità dell'output; tali indicatori dovranno essere scelti in modo da risultare rappresentativi per il destinatario, cioè in grado di corrispondere a caratteristiche dell'output effettivamente rilevanti per il cliente interno, e valutabili in termini quantitativi.

Le caratteristiche dovranno perciò preliminarmente essere, a loro volta, definite, e classificate in relazione alla loro criticità, per il soddisfacimento del fabbisogno espresso dalla funzione aziendale destinato a ricevere l'output del processo in esame.

Dovranno risultare altresì definiti gli obiettivi e gli intervalli di accettabilità per tali caratteristiche .

Solo a questo punto sarà possibile identificare i sopraddetti indicatori, intesi quali evidenze rappresentative del grado di corrispondenza delle caratteristiche dell'output, rispetto ai parametri di accettabilità stabiliti.

Nella rilevazione dei dati di output, potrà essere valutata l'opportunità di applicare modalità di tipo statistico per la rilevazione delle situazioni fuori controllo e per l'identificazione delle situazioni che suggeriscono l'attuazione di azioni preventive o correttive.

Ai punti di controllo, distribuiti, lungo il processo, e allocati in corrispondenza delle azioni (output intermedi) che hanno determinato l'inaccettabilità dell'output, dovranno essere associati valori di riferimento (specifiche quantitative), quali condizioni per il raggiungimento di un output finale di processo, accettabile per il cliente interno.

Le attività sopraelencate dovranno essere opportunamente procedurate, attraverso la definizione delle modalità e delle responsabilità per la raccolta, la rappresentazione e l'analisi dei dati.

La procedura risultante dovrà essere applicata in modo sistematico, previo opportuno addestramento specifico del personale che opera all'interno del processo, il cui coinvolgimento dovrà essere riguardato come una condizione essenziale per la sua efficacia.

Una volta definite e applicate le attività del DRW, occorrerà valutare i risultati, a fronte degli obiettivi stabiliti, e assumere le azioni conseguenti. Ciò potrà essere fatto attraverso le seguenti fasi:

- Valutazione degli indicatori di qualità dell'output, a fronte degli obiettivi e dei limiti di accettabilità stabiliti
- Valutazione degli indicatori di qualità del processo, a fronte degli obiettivi e dei limiti di accettabilità stabiliti
- Valutazione delle opportunità/necessità di intervento correttivo/migliorativo
- Definizione degli interventi.

Gli interventi migliorativi andranno quindi condotti, in forma sperimentale; in caso di esito positivo, le azioni correttive potranno essere codificate, quale elemento stabile del processo, in modo da garantirne, successivamente, l'applicazione sistematica.

Rispetto al modello "Quality Assurance", il nuovo approccio gestionale imposto dalla Visione ISO 9000:2000, richiede, da parte delle organizzazioni, un approccio proattivo, costruttivo, nel quale il miglioramento rappresenta un requisito, e non più soltanto l'auspicabile conseguenza di una corretta applicazione di un sistema di prescrizioni.

I principali elementi di tale meccanismo, del quale la Gestione per la Qualità rappresenta un aspetto costitutivo essenziale, sono i seguenti:

- la definizione dell'orientamento strategico di fondo correlato al sistema di idee dominante nell'azienda.
- l'esplicitazione della mission
- l'esplorazione dell'ambiente, mediante ricerca e acquisizione dei dati, per identificare eventi o questioni significativi ai fini della definizione delle strategie dell'impresa
- la definizione delle strategie, inclusa la definizione del mercato, la sua segmentazione, la scelta del mercato obiettivo, il posizionamento, la definizione delle caratteristiche generali (es.: tipologia e grado qualitativo) del prodotto/servizio che occorrerà offrire per garantire il soddisfacimento delle aspettative
- La definizione del sistema di gestione dell'organizzazione (Sistema per stabilire politica e obiettivi e per conseguire tali obiettivi - UNI EN ISO 9000:2000), tale da comprendere i sottosistemi di gestione finanziaria, ambientale, per la sicurezza, per la qualità, ecc. dove la definizione del Sistema di GQ, ovvero la definizione di un sistema di attività coordinate per il governo dell'organizzazione stessa, in materia di qualità, che imporrà all'organizzazione di:
 - individuare e formalizzare la politica per conseguire, mantenere e migliorare la capacità dell'organizzazione nel proporre beni e/o servizi di livello qualitativo stabilito (politica per la qualità)
 - individuare il/i macroprocesso/i aziendale/i necessario/i per la realizzazione del prodotto/servizio
 - individuazione dei processi realizzativi e di supporto
 - individuazione delle interazioni fra i processi

- individuazione degli obiettivi per la qualità (specifici traguardi da conseguire per ciascuno degli aspetti determinanti ai fini della realizzazione della politica per la qualità: qualità delle risorse, qualità dei processi, qualità dei prodotti), ai diversi livelli dell'organizzazione.

Le tecniche di analisi, gestione della progettazione e governo dei processi, a supporto della realizzazione del prodotto/servizio e del miglioramento del sistema di gestione per la qualità

Per garantire un'attuazione efficace ed efficiente del SGQ, basata sulla razionalità del processo decisionale, è necessaria la conoscenza di alcuni fondamentali strumenti, che saranno utilizzati in relazione al loro grado di applicabilità, negli specifici contesti aziendali.

Molto spesso, le tecniche per ottenere le informazioni essenziali possono essere molto semplici e applicabili, dopo un adeguato addestramento, anche da non specialisti; in generale, l'impiego di tali tecniche deve essere diffuso tra tutto il personale, quale strumento per l'analisi e la risoluzione dei problemi che si presentano quotidianamente.

A questo proposito, vengono normalmente in aiuto alle organizzazioni i cosiddetti gli strumenti che sono alla base del funzionamento dei "circoli della qualità" e dei programmi "zero difetti".

Gli strumenti utilizzati nel controllo e nel miglioramento della qualità, sono:

- ✓ il foglio raccolta dati
- ✓ l'istogramma
- ✓ il diagramma di correlazione
- ✓ la carta di controllo
- ✓ il diagramma di Pareto
- ✓ il diagramma causa-effetto

- ✓ il diagramma di stratificazione
- ✓ il diagramma di flusso

Il fatto che tutti, ad eccezione del primo, siano metodi di rappresentazione grafica, facilita la comprensione del fenomeno in esame, soprattutto quando vi sono grandi quantità di dati da analizzare.

L'uso di tali strumenti, alla base dell'approccio alla qualità di stampo nipponico, si riconduce agli stessi criteri ispiratori del ciclo PDCA, che in questo caso possono essere così riassunti:

- analizzare i fatti per estrarne i dati
- parlare e agire solo attraverso i dati
- scegliere i metodi di rappresentazione in funzione degli obiettivi
- concentrarsi sugli aspetti più importanti
- stabilire le relazioni tra i dati per determinare le cause
- intraprendere azioni in conformità alle cause trovate
- valutare gli effetti collaterali di tali azioni
- valutare la conformità tra azione e informazione posseduta.

Conclusioni.

L'azienda sanitaria è un'organizzazione complessa la cui gestione presuppone l'integrazione delle conoscenze, la capacità di pianificazione e il governo dei processi. I ruoli di direzione sono continuamente impegnati nella gestione di criticità e/o di opportunità, nell'innovazione e nella progettazione creativa di soluzioni, in processi di valutazione d'impatto, di rendicontazione sociale e di "accountability".

In sanità non è sufficiente avere dei bravi operatori sanitari (medici, infermieri, coordinatori, tecnici), ma occorre anche che tutto funzioni, che le persone possano avere le risposte che chiedono, senza dover aspettare troppo a lungo, che gli operatori siano in grado di svolgere al meglio il loro compito, che abbiano le risorse necessarie, e in generale le condizioni, per poter far emergere le loro competenze professionali al meglio e fornire quelle cure e quella assistenza di qualità di cui sono capaci.

I manager sono di fatto obbligati a fare attenzione, devono organizzare l'azienda per garantire l'accesso dei cittadini ai LEA (Livelli Essenziali di Assistenza Sanitaria), a fronte di risorse che rimangono limitate.

Questo rappresenta il mandato manageriale 'essenziale'; ma a ben vedere il ruolo del manager va ben oltre: prendendo atto della incertezza che contemporaneamente si osserva sia sull'evoluzione delle risorse, sia sulla declinazione operativa dei Lea nei percorsi diagnostici e terapeutici. Ricade sul manager la capacità del tutto creativa di tradurre i principi generali di sistema in una politica sanitaria locale perseguibile e appropriata".

L'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza prevede nuovamente un cambiamento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale nei prossimi anni. Un ruolo importante vedrà i Manager , alle prese con nuove sfide come l'innovazione tecnologica,i processi aziendali, la sostenibilità e il mantenimento della leadership per garantire salute ai cittadini.

Bibliografia e sitografia.

Achard P. O., (1999), “Economia e organizzazione delle imprese sanitarie”, Franco Angeli, Milano.

Achard P.O., Fontana F.(a cura di), (2000), Economia e direzione delle aziende sanitarie. Luci e ombre a cinque anni dalla riforma , Franco Angeli, Milano.

ASSR (1996), Il Dipartimento nel Servizio Sanitario Nazionale; proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere, Rapporto del gruppo di lavoro sui Dipartimenti, Roma, 30 gennaio.

Bandini F., (1999), La gestione del personale nelle aziende sanitarie, in Spunti di riflessione per la ricerca in sanità, Mecosan, n. 30.

Bergamaschi M. (1999), Logiche e strutture organizzative nelle aziende sanitarie, in Spunti di riflessione per la ricerca in sanità, Mecosan, n. 30. Bissoni G., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 6 maggio.

Bondonio D., Cestari R., (1994), Analisi e prospettive del dipartimento ospedaliero, in Organizzazione Sanitaria, n. 2.

Bonetti G., (1997), Il ruolo del dipartimento nell'organizzazione dei servizi sanitari, in Organizzazione Sanitaria, n. 5.

Bonti M.C., (1992), L'USL: criticità di alcuni aspetti organizzativi, in Azienda Pubblica, n.3.

Borgonovi E. (a cura di), (1990), Il controllo economico nelle aziende sanitarie, Egea, Milano.

Borgonovi E., Cavenago D., Zangrandi A., Burani G., Fiorentini G., Vaccani R., (1988), L'organizzazione dell'ospedale, McGraw-Hill, Milano.

Braghetto I., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli, 6 maggio.

- Caccia C., Longo F., (1994), L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio-sanitario pubblico, in *Mecosan*, n.10.
- Campana C., (1986), L'organizzazione interna dell'ospedale: dipartimenti e servizi sanitari, in *L'ospedale*, n. 1-2.
- Catananti O., (1995), Medico e manager: una conciliazione possibile?, in *L'arco di Giano*, N .7
- Catananti O., et Altri (1996), La ridefinizione del contesto organizzativo e le nuove competenze dello specialista ospedaliero, in Spisanti S., (a cura di), *Contributi per una gestione manageriale della sanità*, I quaderni di *Mecosan*, supplemento al n. 18.
- Cicchetti A., Lomi A., (2000a), Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero, in *Sviluppo & Organizzazione*, n. 180, Luglio/Agosto.
- Cicchetti A., Lomi A., (2000b), Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario, in *Atti del Workshop di Organizzazione Aziendale*, Bologna, 4 Febbraio.
- Contini F., Perucci B., Sacchi A., (1991), Cultura organizzativa e processo di cambiamento nelle unità sanitarie locali: presentazione di un'esperienza formativa, in *Studi organizzativi*, n.1.
- Corradini A., (1997), I modelli organizzativi per le aziende U.S.L.: tradizione ed innovazione, in *Mecosan*, n. 20.
- Coser R., (1958), Authority and decision-making in a hospital, in *American Sociological Review*, n. 23.
- Crozier M., Friedberg E., (1977), *L'acteur et le système*, Seuil, Paris, trad. it. (1978), *Attore sociale e sistema*, Etas Libri, Milano.
- D'Anna R., (2004), *Caratteri e problemi di progettazione della struttura organizzativa*, Giappichelli, Torino.
- D'ari R., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista del Ministero della Sanità, in *Atti del Convegno: li Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.

De Simone S., (2000), *Organizzazione e qualità nella gestione delle Aziende Sanitarie*, Anello, Napoli.

Defa I., Burattini R., et Altri, (2000), *Ruolo del direttore di dipartimento, come sostenere il cambiamento?*, in *De Sanitate*, Marzo. Del Vecchio M., (2000), *Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche*, in *Mecosan*, n. 33.

Del Vecchio M., Longo F., (1993), *Gli aspetti rilevanti nell'applicazione del D.l.vo n.502/92*, in *Mecosan*, n.6.

de Vita P., (2000), *I confini dell'azione organizzativa*, in Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.

Fontana F., Lorenzoni G. (a cura di), (2000), *L'architettura strategica delle aziende ospedaliere: un'analisi empirica*, Franco Angeli, Milano. Franco M., (1991), *I piccoli gruppi strutturati*, Giappichelli, Torino.

Franco M., (2000), *L'analisi organizzativa: il gruppo*, in Mercurio R., Testa F., *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.

Franco M., Adinolfi P., De Simone S., (2001), *Efficienza e flessibilità nelle reti: un'indagine sul sistema sanitario italiano*, in atti del 2° Workshop dei Docenti e Ricercatori di *Organizzazione Aziendale sul tema "Flessibilità & Performance"*, Padova.

Friedson E., (1970), *Professional Dominance: The social structure of medical care*, Atherton Press, New York.

Fusaroli P., (1999), *Il Dipartimento chirurgico nel presidio ospedaliero di Ravenna*, in *Mecosan*, n. 30.

Gaia E., Poncini D., (1999), *Dipartimenti ospedalieri: realtà e prospettive*, Edizioni Minerva Medica, Torino.

Galbraith J. R., (1973), *Designing Complex Organizations*, Addison Wesley, New York.

Gerloff E.A., (1985), *Organizational Theory and Design*, Mc-Graw- Hill, New York. Trad. it., 1989, *Strategie organizzative*, Mc-Graw-Hill, Milano.

Grandori A., (1999), *Organizzazione e comportamento economico*, Il Mulino, Bologna.

Grandori A., (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Il Mulino, Bologna.

Greenwood R., Hinings C.R., (1996), Understanding Radical Organizational Change: Bringing Together the Old and the New Institutionalism, in *Academy of Management Review*, n. 21, 4.

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

Guzzanti E., Mazzeo M.C., et Altri, (1995), I dipartimenti e le aree funzionali omogenee nella riorganizzazione ospedaliera, in *Notizie Sigo*, Marzo.

Hawley A., (1968), *Human Ecology*, in David L. Sills (ed.), *International Encyclopedia of Social Sciences*, Macmillan, New York. Heydebrand W., (1973), *Hospital Bureaucracy. A comparative Study of Organizations*, Cambridge University Press, Cambridge.

Isotta F., (2003), (a cura di), *Organizzazione aziendale*, Cedam, Padova. Lega F., (1999), Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del Dipartimento ospedaliero, in *Mecosan*, n. 30.

Lo Martire G., (1998), *L'azienda sanità*, Franco Angeli, Milano.

Maggi B., (1989), *L'organizzazione dei servizi sanitari*, in *Sviluppo e Organizzazione*, n.115.

Maggi B., (1994), *L'organizzazione dei Servizi Sanitari*, in *Organizzazione Sanitaria*, n. 2.

Mastrilli F., (1996), *Struttura ed organizzazione funzionale del Dipartimento ospedaliero: la proposta dell'Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali*, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.

Meyer J., Rowan B., (1977), *Instituzionalized Organizations. Formal Structure as Myth and Ceremony*, in *American Journal of Sociology*, n. 83.

Mercurio R., Testa F., (2000), *Organizzazione. Assetto e relazioni nel sistema di business*, Giappichelli, Torino.

Mintzberg H., (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*, Prentice-Hall, Englewood Cliffs. Trad. it., *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino, Bologna, 1985. Morgagni S., (1999), *Finanziamento e management del Dipartimento ospedaliero*:

Olla G., Pavan A., (1996), *Il management nell'azienda sanitaria*, Giuffrè, Milano.

- Perrow O. (1972), The Relationship between Administrative Activities and Hospital Performance, in *Administrative Science Quarterly*, n. 17, September.
- Perrow O., (1965), Hospitals: Technology, structure and goals, in March J. (ed), *Handbook of organizations*, Rand McNally, Chicago, Pesaresi F., (1996), Il dipartimento ospedaliero nelle Marche, in *ASI*, n.38.
- Porter M., (1987), *Il vantaggio competitivo*, Edizioni Comunità, Milano.
- Powell W.W., Di Maggio P., (editors), (1991), *The New Institutionalism in Organizational Analysis*, University of Chicago, Chicago.
- Profili S., Sammarra A., (2000), Gli strumenti di incentivazione finanziaria come meccanismo di coordinamento dell'attività medica, in atti del 1° Workshop dei Docenti e Ricercatori di *Organizzazione Aziendale* sul tema "Le sfide organizzative di fine/inizio secolo", Bologna.
- Provera F., (1994), Il dipartimento come modello innovativo di organizzazione e sviluppo dell'ospedale, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera*, Ospedale Fatebenefratelli, Milano.
- Regione Campania, (1998), Piano Ospedaliero Regionale per il triennio 1997-99, *Bollettino Ufficiale della Regione Campania*, 10 marzo.
- Renga G., Ripa F., (1996), Presupposti funzionali e operativi del dipartimento, in Gaia E., Poncini D., *Il Dipartimento Ospedaliero*, Edizioni Minerva Medica, Torino.
- Ricciarelli G., (1998), Le strutture dipartimentali nelle aziende ospedaliere", in *Atti del Convegno Economia e Direzione delle Aziende Sanitarie, Luci e ombre, prospettive a cinque anni dalle riforme*, Roma. Rovelli P., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista degli operatori, in *Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero*, Napoli.
- Ruffini R., (1996a), La sanità, in Costa G., Nacamulli R.C.D., (a cura di), *Manuale di Organizzazione Aziendale*, Vol. 5, Utet, Torino.
- Ruffini R., (1996b), Logiche di progettazione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, in *Mecosan*, n.18.
- Ruta O., (1990), Atto medico e paziente tra processo patologico e processo produttivo, in *Economia & Management*, Volume 16.

Saccomanno M., (1996), Il dipartimento: nuovo modello organizzativo e funzionale degli ospedali: il punto di vista delle Regioni, in Atti del Convegno: Il Dipartimento Ospedaliero, Napoli.

Smith A., 1776, *An Inquiry into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*. Trad. it. *Indagine sulla natura e le cause della ricchezza delle nazioni*, Isedi, Milano, 1973.

Tanese A., (1999), Sviluppare la capacità di apprendimento organizzativo nelle aziende sanitarie, in *Mecosan*, n.29.

Thompson J. D., 1967, *Organizations in Action*, McGraw-Hill, New York. Trad. it., *L'azione organizzativa*, Isedi, Torino, 1988.

Verme G., (1995), La scelta ed i risultati del modello organizzativo DSG, in Atti del

Verme G., Rosina F., Visconti F., (1997), Percorso di aziendalizzazione di un ospedale polispecialistico, in *Mecosan*, n. 21.

Veronesi E., (1995), Economia ed etica per la gestione manageriale della sanità, in *L'arco di Giano*, n.7, 1995.

Zanetti M., (1994), Il dipartimento come nuova modalità organizzativa, in Atti del Convegno: il Dipartimento nella realtà ospedaliera: nuova frontiera, Ospedale Fatebenefratelli, Milano.