



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI FERRARA

DIPARTIMENTO DI ECONOMIA ISTITUZIONI TERRITORIO

Via Voltapaletto, 11 - 44100 Ferrara

Quaderno n. 31/2008

December 2008

La percezione ed il coinvolgimento delle professioni sanitarie
nei processi organizzativi e gestionali

Enrico Bracci

Laura Maran

Emidia Vagnoni

Quaderni deit

Editor: Giovanni Ponti (ponti@economia.unife.it)

Managing Editor: Marisa Sciutti (sciutti@economia.unife.it)

Editorial Board: Giovanni Masino
Simonetta Renga

<http://www.unife.it/dipartimento/economia/pubblicazioni/collana-quaderni-dipartimento/>

La percezione ed il coinvolgimento delle professioni sanitarie nei processi organizzativi e gestionali

Enrico Bracci*

Laura Maran

Emidia Vagnoni

Facoltà di Economia – Centro Crisa

Università degli Studi di Ferrara

Abstract

The healthcare professionals, other than physicians, are nowadays considered fundamental in the delivery of healthcare services efficiently and effectively in hospitals. In particular, they are more and more involved in organisational and administrative decision, with responsibility over budget, consumption, other than quality of materials.

The healthcare professionals would augment their autonomy and discretion acting as *boundary-spanning* (Fitzgerald, Dufour, 1996). In so doing, it becomes possible to reduce the level of tension and conflict between the management and the physician.

However, the literature lacks of specific studies devoted to the understanding of the managerial role of such professionals in hospital (De Pietro, 2006). The aim of this paper to shed some light on the level of autonomy/responsibility of professionals and their involvement in the organisational and administrative processes.

The result may support theoretical reflections for further studies on the topic, but also the practical reflections on the training and organisational pattern in hospital.

Keywords: Accounting, organization, Caring profession,

Jel classification: M12; M41; N83.

* Corresponding author. Mail: Via Voltapaletto, 11 – 44100 Ferrara. Voice: +39 0532 455053. E-mail: bracci@economia.unife.it

INTRODUZIONE

La centralità del personale nel sistema sanitario è un importante punto di partenza per svolgere un'accurata riflessione di tipo aziendale sul suo coinvolgimento nei meccanismi organizzativi e gestionali dell'azienda sanitaria.

D'altra parte, questa centralità è spiegata da una serie di fattori che riguardano:

- la configurazione del settore sanitario, ad alta intensità di lavoro (Bloor e Maynard, 2003)
- la forte professionalizzazione dell'organizzazione aziendale (che Mintzberg, 1985 classifica fra le burocrazie professionali)¹,
- la finalità di servizio dell'azienda, ad alto impatto relazionale con l'utenza (Normann, 1985),
- l'attenzione agli aspetti gestionali delle risorse umane, sollecitati dalle ultime riforme sul personale in ambito sanitario.

I primi due fattori (alta intensità di lavoro e forte professionalizzazione) mettono in luce come il perseguimento dei fini istituzionali delle aziende sanitarie dipenda in modo importante dal possesso di competenze (Spencer e Spencer, 1995, Sveiby, 1997), motivazione e capacità di coordinamento da parte delle professioni mediche e sanitarie (Macinati, 2007).

In questo senso, il sorgere formale di nuovi ruoli organizzativi di coordinamento nell'ambito delle professioni sanitarie pone un'importante sfida alle aziende.

La rilevanza di tali ruoli è infatti legata al riconoscimento del loro apporto gestionale in termini di gestione delle risorse materiali e di definizione di percorsi di inserimento e carriera dei nuovi assunti.

Come fa osservare l'editoriale del *BT Technology Journal* (2006) «that means that management bottom lines predominate over choices and decisions that have to be made within everyday individual patient services [...] One characteristic of organizations shown

¹ Secondo De Pietro, Tereanu (2005) la logica professionale insiste su due perni: l'autonomia professionale le singolo operatore e la codificazione professionale data dalla comunità scientifica di riferimento, che naturalmente trascende i confini aziendali. Rimane anche vero l'assunto per cui tale professionalità fa parte integrante del *core service* dell'azienda perché garantisce la qualità dell'output erogato, la sua efficacia ed appropriatezza (Macinati, 2007). Pallotti (2007) sottolinea la professionalizzazione attraverso il lungo iter formativo ed esperienziale che rappresenta l'unica modalità di pervenire ad un processo decisionale corretto. La differenza fra il framework decisionale di un medico o professionista sanitario ed un managers è ben messa in evidenza da Kurtz (1992), Davies, Harrison (2003), Degeling et al. (2003) che vedono i medici come espressione di autonomia professionale, autoregolazione dei comportamenti ed orientamento al paziente, mentre i managers hanno un orientamento all'efficienza, al controllo e alla responsabilità pubblica.

to be good at making effective use of IT is their capacity to devolve decisions within the organization to where they can be best made, for the purpose of meeting needs» (p. 17).

Van der Bij, Dijkstra, de Vries e Walburg (1999) sostengono, analogamente, l'importanza gestionale dell'interfaccia tra i Dipartimenti delle strutture sanitarie e i singoli processi clinico-assistenziali (p. 136), rispetto ai quali i professionisti sanitari entrano a pieno titolo. Per quanto concerne i fattori relativi alla finalità di servizio e agli aspetti gestionali delle risorse umane, è opportuno sottolineare un discorso di tipo aziendale: di fatto, le nuove figure dei professionisti sanitari con ruolo di coordinamento e direzione si collocano in una posizione di confine fra l'area clinico-assistenziale e l'area amministrativa e del management in senso stretto.

A questo proposito, Martini, Riccò, Prandi, Cosmi, Del Vecchio, Martini, Prandi (2004) ne richiamano la partecipazione sui meccanismi operativi dell'azienda, intendendo per meccanismi operativi «l'insieme dei processi di supporto allo svolgimento delle attività core, che operano come stimoli dinamici atti a conseguire l'adattamento dei comportamenti degli individui alle esigenze della situazione» (p. 95, si veda anche Rugiadini, 1988).

Gli Autori mettono in luce come lo sviluppo di tali meccanismi all'interno delle aziende sanitarie sia stato il frutto di un preciso commitment agli organi di *staff* dall'alto verso il basso (si veda anche Vallotti, 2000) e si sia concretizzato nel raffinamento tecnico di strumenti gestionali, limitandone così la funzionalità per gli organi di *line* (come le professioni sanitarie). Ciò ne ha impedito l'interiorizzazione nelle vere logiche decisionali, costituendone il vero *end point*. L'unica possibilità di recupero dell'efficacia è affidata alla capacità di verificarne la verticalità e la trasversalità rispetto all'organizzazione ed ai suoi attori e principali destinatari (gli organi di *line*).

Accanto a tale esigenza, si manifesta necessariamente la necessità di formazione manageriale delle professioni sanitarie stesse, che va convogliata all'interno di un'oculata politica di reclutamento, formazione e carriera.

Pallotti (2007) insiste sul fatto che «il successo delle organizzazioni sanitarie dipenda sempre più fortemente dal coinvolgimento di medici ed altri professionisti sanitari in attività di natura gestionale e collegate all'organizzazione di servizi» (p. 49, si veda anche Doolin, 2001), richiamando i risultati di Annessi Pessina, Cantù (2006) sulla mancata diffusione di una cultura manageriale nelle organizzazioni sanitarie, che è anche all'origine del conflitto di natura etica e relazione che coinvolge i medici ed i professionisti sanitari laddove il *focus* sugli aspetti manageriali sia molto forte (Kurtz, 1992).

La possibilità di far entrare le professioni sanitarie in un'ottica manageriale potrebbe inoltre limitare la tensione fra il management aziendale, teso a verificare le performance organizzative, ed i professionisti sanitari, tesi a mantenere i loro livelli di autonomia e discrezionalità sul lavoro (Spurgeon, 2001, Mc Dermott et al, 2002, De Pietro, 2002, Dragonetti et al., 2002), agendo da *boundary-spanning* (Fitzgerald, Dufour, 1996).

Per fare questo, la letteratura (Spurgeon, 2001, Guerra, 1992, Fitzgerald, 1994) insiste sulla necessità di ovviare alla mancanza di tempo, alla scarsa preparazione a ricoprire ruoli di management e alla diversità di valori (Taroni, Grilli, 2000, Ruffini, 1998, Giarelli, 2003).

Infine, rimane indubbio che il sistema italiano (così come altri sistemi europei, es. il francese: si veda Rapiou, Riondet, Biot-Paquerot, 2006) è stretto da politiche di gestione del personale fortemente regolamentate dallo Stato (Plane, 2003), che lasciano scarsi margini di manovra anche sulle spinte più innovative. L'introduzione del concetto di *carico di lavoro* a giustificazione e flessibilizzazione del fabbisogno di personale in un'ottica di efficienza economica non ha portato a grossi risultati in questo senso (De Pietro, Tereanu, 2005) ed è stato sostituito da una logica di responsabilizzazione avente come driver il *governo clinico* (Del Vecchio, Prandi, 2004).

Proprio con riferimento alla letteratura, la rassegna compiuta da De Pietro (2006) evidenzia come a dispetto della centralità assunta dalle professioni sanitarie (e mediche) nelle aziende sanitarie, la loro gestione risulta a tutt'oggi poco studiata da parte delle discipline economico-aziendali, che hanno privilegiato, anche secondo Lega (1988) i filoni del budget, dell'architettura organizzativa (es. creazione di Dipartimenti), della pianificazione strategica (es. introduzione della *balanced scorecard*, dei piani strategici aziendali, ecc.).

Alternativamente, si è fatto riferimento ad un'ampia letteratura aziendale italiana ed internazionale sulla gestione del personale, senza applicazioni specifiche al settore sanitario, salvo De Pietro (2005), Longo (2000), Zangrandi (1999) ed in precedenza Costa e Piovesan (1986).

Di fatto, la presenza delle professioni ha permesso lo sviluppo di un filone sociologico (es. Tousijn, 2000, 2003, 2004) e di un altro economico incentrato sul mercato del lavoro e sulle politiche pubbliche di regolamentazione, lasciando il campo di indagine ancora molto scoperto.

Dal punto di vista applicativo, i professionisti sanitari, anche rispetto ai medici, sono figure sotto-ricercate in termini di ruolo nei sistemi operativi aziendali, sia perché le funzioni di coordinamento e gestione sono state loro formalmente riconosciute solo da poco sia perché

l'attenzione era spostata prevalentemente sui medici-dirigenti (es. Abernethy, Vagnoni, 2004).

Proprio l'ipotesi che questo riconoscimento formale ne faccia attori rilevanti in termini di impatto e contributo alla gestione aziendale, ne motiva un'indagine esplorativa.

Lo scopo della presente indagine è quello di comprendere nello specifico il binomio autonomia/ responsabilità che i professionisti sanitari esercitano e di acquisire consapevolezza sul loro effettivo grado di coinvolgimento nei processi organizzativi e amministrativi di un'azienda sanitaria.

Tale comprensione potrà agevolare la definizione di strategie teorico-concettuali suscettibili di applicazione nel contesto di riferimento e permetterà di studiare empiricamente l'efficacia del modello organizzativo che è stato implementato rispetto a tali figure.

Il presente lavoro presenta i risultati di uno studio condotto all'interno di una Azienda Universitario-Ospedaliera attraverso la seguente struttura. Il prossimo paragrafo descrive la metodologia seguita e la descrizione delle variabili che sono state osservate tramite l'utilizzo di un questionario. Il secondo paragrafo analizza in modo dettagliato, nelle sue parti, i principali risultati emersi. Infine, si presentano alcune riflessioni e note di chiusura sui principali spunti risultanti dall'analisi.

1. CENNI METODOLOGICI INTRODUTTIVI

Le professioni sanitarie all'interno delle aziende ospedaliere non sono state oggetto dell'interesse degli studi aziendali, nonostante la centralità che queste hanno sempre più assunto nell'organizzazione e nella gestione dei processi e delle risorse.

L'introduzione di strumenti e processi di organizzazione, programmazione e controllo della gestione coinvolgono coordinatori e RAD professionali, e molto spesso divengono, consapevolmente o meno, attori fondamentali per il perseguimento degli obiettivi aziendali, sia di natura economico-finanziaria, sia relativi a quantità e qualità delle prestazioni sanitarie.

Il presente studio intende supplire alla scarsa conoscenza della percezione e del grado di coinvolgimento nei processi organizzativi e di programmazione e controllo delle professioni sanitarie nel caso dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria S. Anna di Ferrara.

A tal fine, la popolazione di riferimento è stata individuata dall'Azienda stessa, in modo da comprendere le professioni sanitarie di tipo infermieristico, ostetrico, riabilitativo, tecnico, a livello di coordinamento e responsabilità assistenziale di Dipartimento, per un totale di 83 persone. La popolazione di riferimento è stata individuata nei ruoli di coordinamento e nei RAD.

È stato quindi elaborato un questionario, che permetta di valutare le percezioni e il coinvolgimento nelle diverse attività delle professioni sanitarie, anche in modo complementare rispetto ai ruoli dei direttori di unità operativa e di dipartimento (peraltro già indagati nel corso di una precedente ricerca presso la medesima Azienda). Il questionario (in allegato) è strutturato in tre sezioni principali:

- **SEZIONE I:** presenta domande relative agli aspetti anagrafici, alla natura ed esperienza professionale matura e svolta all'interno dell'azienda.
- **SEZIONE II:** è volta a cogliere la percezione del livello di sviluppo dei principali processi organizzativi e di programmazione e controllo.
- **SEZIONE III:** è volta a quantificare il contributo e lo spazio di autonomia che le professioni percepiscono di esercitare/svolgere all'interno dei principali processi organizzativi e gestionali. Per questa ragione la sezione si sviluppa in 9 Aree di interesse (Organizzativa, Gestione Risorse Umane, Formazione, Gestione delle Scorte, Programmazione e Controllo, Gestione dell'Innovazione, Valutazione e Miglioramento della Qualità, Sistemi informativi, Comunicazione). Inoltre, un'ultima domanda è rivolta a valutare la distribuzione del tempo tra diverse attività quotidiane.

Trattandosi di un questionario rivolto alla percezione della popolazione di riferimento rispetto a tematiche organizzative ed economico-aziendali o gestionali, le domande sono state configurate a risposta chiusa su una Scala Likert da 1 (poco o scarso) a 7 (molto o elevato).

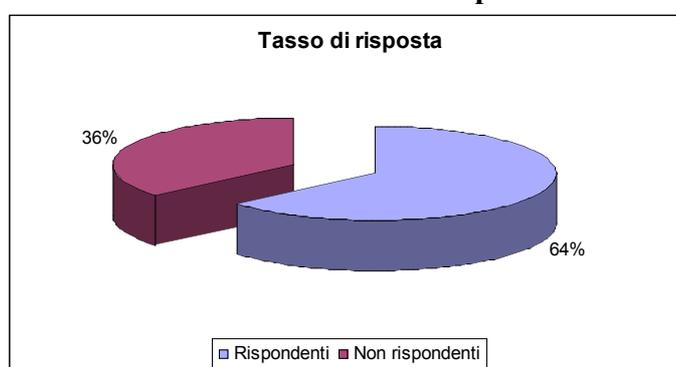
Il questionario è stato oggetto di validazione attraverso un test con quattro coordinatori professionali volto a valutare la chiarezza, la comprensibilità e la rilevanza delle domande.

2. DESCRIZIONE DEI RISULTATI

2.1. SEZIONE I - Informazioni di carattere generale

La somministrazione, avvenuta tra il maggio e giugno 2008, è stata rivolta ad una popolazione di 83 tra coordinatori professionali e RAD all'interno dell'A.O.U. S. Anna di Ferrara. Il tasso di risposta è del 64% con 53 questionari ritornati ed utilizzabili al fine dell'analisi. I dati, quindi, si presentano come significativi e rappresentativi della realtà del caso studio particolare (si veda il Grafico 1).

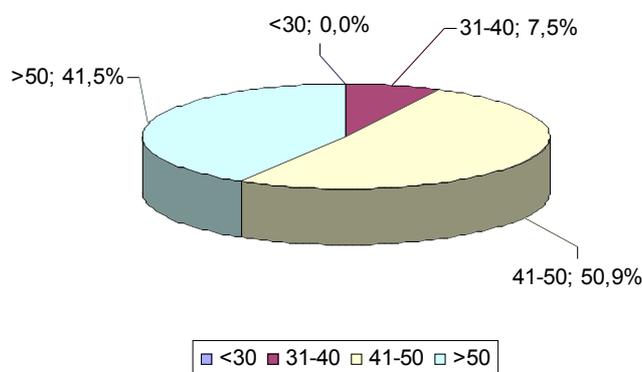
Grafico 1 – Tasso di risposta



I rispondenti al questionario si caratterizzano per un'età media intorno ai 50 anni, con più del 90% appartenenti alla fascia superiore ai 41 anni (Grafico 2). Ciò è rappresentativo della natura professionale dell'attività di coordinatore e/o RAD che tende ad acquisirsi in relazione all'esperienza e lo sviluppo di competenze organizzative e gestionali.

Grafico 2

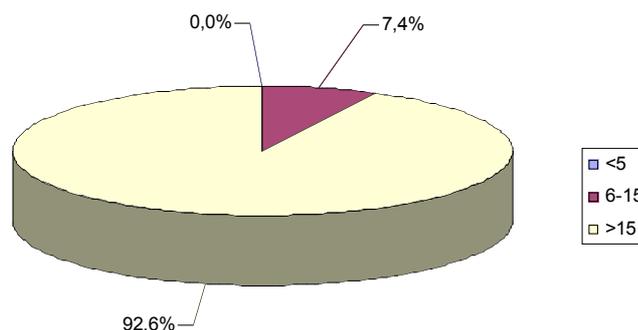
Distribuzione rispondenti per età



In effetti, il grafico 3 conferma quanto detto, evidenziando l'esperienza media dei rispondenti. Questa è mediamente superiore ai 15 anni di attività.

Grafico 3

Anni di esperienza professionale



In relazione al ruolo ricoperto all'interno dell'organizzazione, il 92,5% dei rispondenti si configurano come responsabili di Coordinamento, mentre il 7,5% sono RAD (Grafico 4).

Grafico 4

Ruolo ricoperto

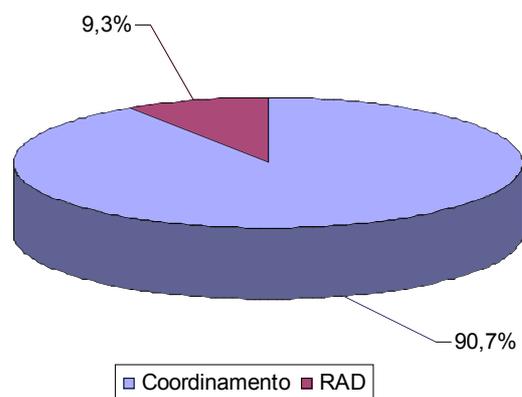
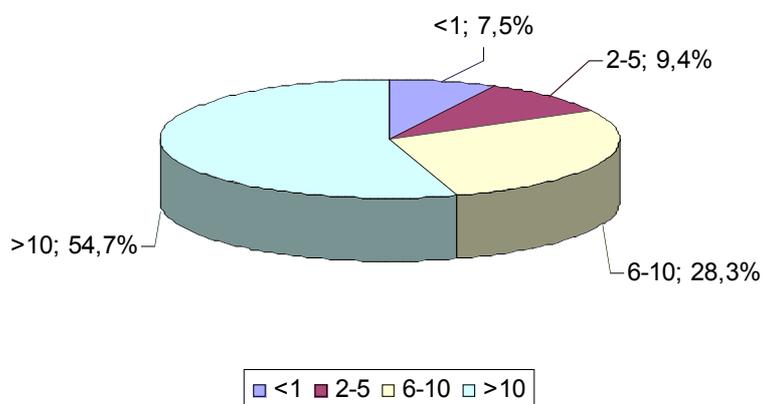


Grafico 5

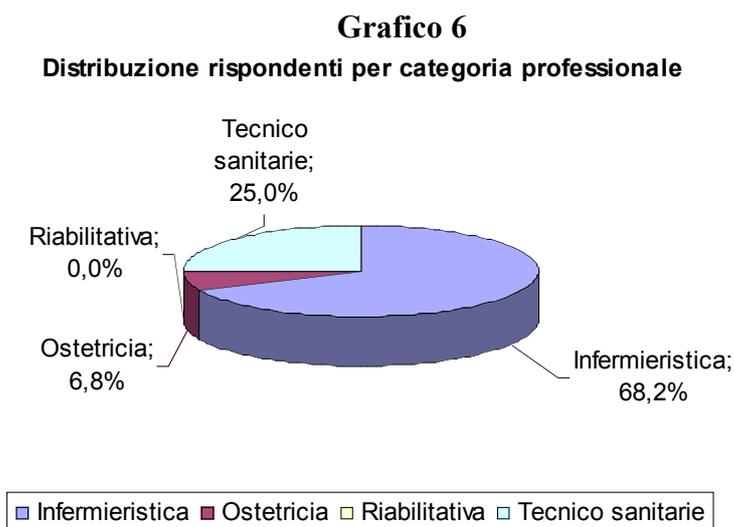
Anni di esperienza ruolo attuale



Si tratta quindi di un livello organizzativo che ha matura una sostanziale e prolungata esperienza all'interno dell'azienda, come dimostrato dai dati precedenti. A questa si associa una altresì cospicua esperienza media nel ruolo di coordinatore professionale o

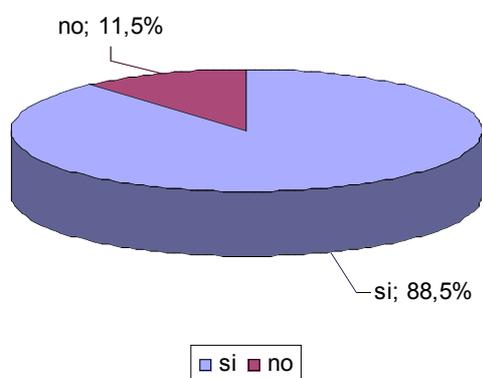
RAD. Il grafico 5 evidenzia come la maggioranza dei rispondenti (54,7%) ha più di 10 anni di esperienza nell'attuale ruolo, e circa il 7,5% ha meno di un anno di responsabilità di coordinatore o RAD.

Come atteso, la categoria professionale più coinvolta nel ruolo di coordinamento e RAD è rappresentata da quella infermieristica (68%) e tecnico-sanitaria (25%), mentre nessun rispondente proveniva dalla professione riabilitazione (Grafico 6).



Di interesse e rilievo è anche il fatto che la stragrande maggioranza dei rispondenti (88,5%) ha frequentato in passato corsi di formazione con contenuti gestionali o di management. Ciò si lega, evidentemente, anche con i più recenti dispositivi di legge che richiedono il conseguimento di crediti formativi in tale ambito di specializzazione (Grafico 7).

Grafico 7
Frequenza corsi di management



2.2. SEZIONE II - Conoscenza della struttura aziendale e della collocazione organizzativa ricoperta.

I professionisti coinvolti nell'indagine dimostrano di avere piena conoscenza dell'organizzazione interna dell'Azienda. In effetti, tutti i rispondenti hanno riconosciuto l'esistenza

- della struttura Dipartimentale,
- della Direzione assistenziale,
- del Controllo di gestione,
- dell'URP e
- dell'Ufficio di valutazione della qualità.

L'analisi è proseguita con riferimento alla conoscenza, nell'ambito della propria posizione organizzativa, del grado di sviluppo di processi e strumenti organizzativo-gestionali (es. piano strategico aziendale, budget, gestione scorte, ecc.).

I rispondenti hanno evidenziato un minor grado di effettiva presenza e rilevanza di strumenti organizzativo-gestionali (si vedano Tabelle 1 e 2). Ambiti nei confronti dei quali è possibile riflettere sulle possibili linee di miglioramento e sviluppo. Data una scala Likert da 1 (poco sviluppato) a 7 (completamente sviluppato) i valori assegnati al grado di sviluppo dei singoli strumenti organizzativo-gestionali si attestano mediamente tra 4 e 5.

Gli strumenti ed i processi ritenuti maggiormente sviluppati sono:

- la formulazione del budget
- il controllo di gestione.

Questa situazione evidenzia come tali processi stiano permeando la struttura, sia in termini tecnici, che in termini di linguaggio, mentre appaiono sotto la media le conoscenze (o la consapevolezza) circa

- la programmazione acquisti
- la determinazione del fabbisogno organico di personale.

Tabella 1 e 2 In che misura i seguenti processi gestionali sono attualmente sviluppati in azienda

(1= poco sviluppato – 7 = completamente sviluppato)

	Definizione piano strategico aziendale	Comunicazione degli obiettivi strategici a tutti i livelli	Formulazione del budget	Controllo di gestione	Definizione di protocolli	Valutazione sulla qualità dei servizi	Analisi soddisfazione degli utenti
Media	4,58	4,57	5,06	4,96	4,83	4,43	4,69
Varianza	1,73	1,90	1,85	1,60	1,64	1,75	1,58
Media RAD	6,00	6,20	6,40	6,00	5,20	5,40	5,80
Media Coordinatori	4,44	4,40	4,92	4,85	4,79	4,33	4,57

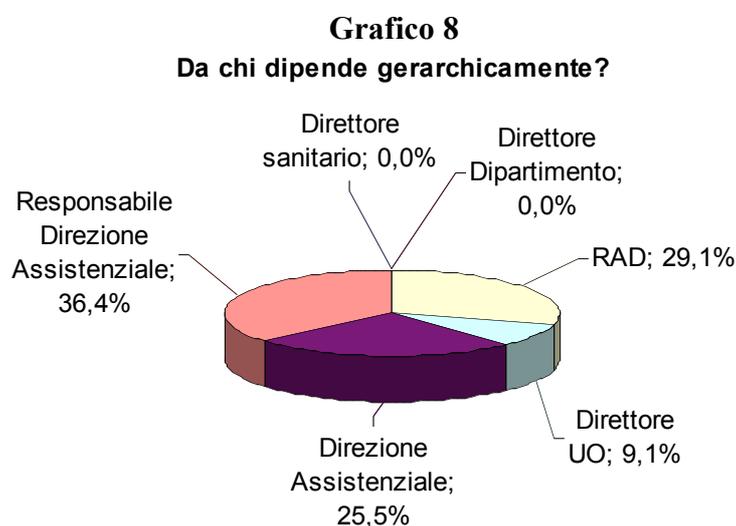
	Determinazione fabbisogno organico	Gestione risorse umane	Progettazione e revisione delle modalità di comunicazione interna	Programmazione acquisti	Gestione scorte	Manutenzione delle attrezzature	Definizione dei percorsi diagnostico-terapeutici
Media	3,77	4,58	4,25	3,85	4,62	4,89	4,63
Varianza	1,93	1,74	1,72	1,84	1,73	1,54	1,61
Media RAD	5,80	6,20	5,60	5,40	5,80	5,20	5,20
Media Coordinatori	3,56	4,40	4,10	3,69	4,49	4,85	4,57

2.3. SEZIONE III - I processi organizzativi e gestionali che coinvolgono la figura del Coordinatore/Collaboratore Professionale, nonché il grado di autonomia attribuito allo stesso nei diversi processi o funzioni gestionali.

La Sezione III è imperniata sulla percezione da parte dei professionisti del loro ruolo in termini non solo di dipendenza gerarchica, ma anche di livello di autonomia o contributo su specifiche aree funzionali.

Poiché il ruolo dei rispondenti si suddivide tra coordinatori (90,7%) e RAD (9,3%), come mostrato nel precedente grafico 4, l'esposizione dei risultati della Sezione III terrà conto della medesima partizione, laddove le percezioni siano significativamente diverse.

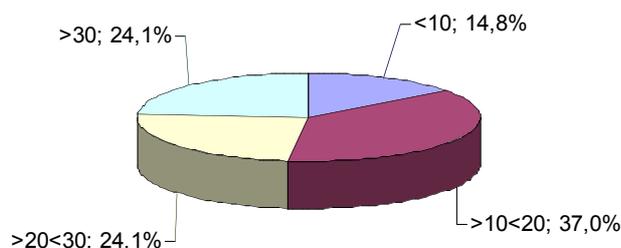
Il livello gerarchico più prossimo percepito dai partecipanti all'indagine (Grafico 8) è risultato essere il Responsabile di Direzione Assistenziale e il Responsabile Assistenziale di Dipartimento (ovviamente tranne per i RAD stessi coinvolti). Anche la Direzione assistenziale è stata percepita come un riferimento gerarchico all'interno della struttura. Limitato, sebbene presente, è il riferimento gerarchico al Direttore di Unità Operativa.



Nel caso in esame, risulta evidente come la percezione sia differenziata e non omogenea. All'interno delle loro micro-strutture i coordinatori o RAD nella maggior parte dei casi coordinano una struttura composta da un numero medio di professionisti compreso tra 20 e 30. Il grafico 9 mette in evidenza come il 37% dei coordinatori gestisca un numero di collaboratori tra 10 e 20, un 24% un numero tra

20 e 30, e un altro 24% un numero superiore ai 30 professionisti. Le unità con meno di 10 collaboratori rappresentano il caso meno diffuso (14,8%).

Grafico 9
n° di collaboratori



In termini di grado di autonomia e del contributo su taluni aree gestionali, i professionisti hanno dato risposte diversificate a seconda dell'area funzionale presa in considerazione. A seguire sono presentati (Tabelle 2a, 2b, 2c, 2d, 2e) e descritti i dati, anche attraverso l'ausilio di grafici.

In merito alla prima area **Organizzazione** si conferma lo scarso coinvolgimento e contributo che gli operatori sentono in relazione all'analisi delle posizioni di lavoro, dei carichi di lavoro. Buona è invece la percezione del coinvolgimento nella definizione dei processi assistenziali integrati dove ovviamente devono operare in integrazione con altre figure professionali.

Grafico 9
Grado di autonomia e contributo – Area 1 Organizzazione

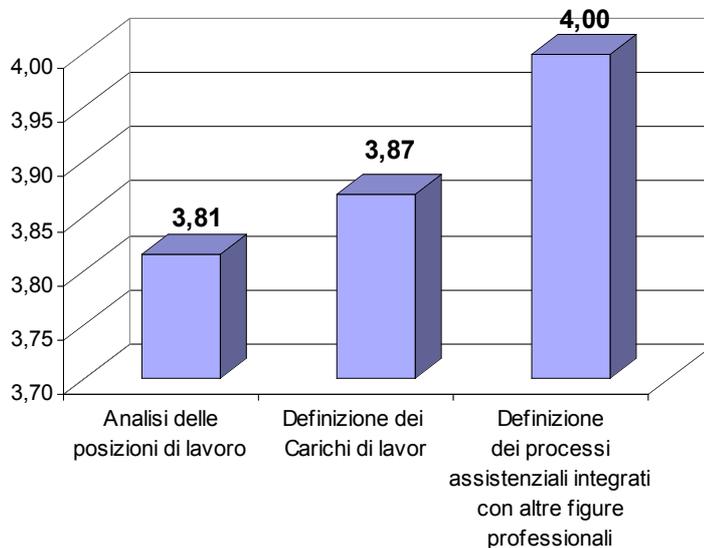


Tabella 2a – Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse Aree

	Contributo - Area Organizzativa			Contributo - Area Gestione risorse umane			
	Analisi delle posizioni di lavoro	Definizione dei Carichi di lavoro	Definizione dei processi assistenziali integrati con altre figure professionali	Inserimento del personale	Definizione del fabbisogno di organico	Programmazione delle modalità di impiego del personale	Valutazione del personale
Media	3,81	3,87	4,00	4,87	3,73	4,89	5,71
Deviazione Std	1,87	1,90	1,67	2,07	1,90	1,84	1,59
Media RAD	4,40	4,40	5,00	5,40	5,80	6,00	5,60
Media Coordinatori	3,76	3,82	3,90	4,82	3,52	4,78	5,72

Tabella 2b – Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse Aree

	Contributo - Area Formazione			Contributo - Area Gestione delle Scorte		
	Individuazione del fabbisogno di formazione	Identificazione delle persone partecipanti alla formazione	Momenti e strumenti per la condivisione delle esperienze professionali	Formulazione delle caratteristiche tecniche dei beni acquistati	Definizione delle quantità di lotti da acquistare	Procedure per il controllo della scadenza dei materiali
Media	5,49	5,62	4,93	4,65	4,93	5,89
Deviazione Std	1,41	1,31	1,65	1,81	2,06	1,45
Media RAD	6,00	5,00	4,80	2,20	2,40	3,00
Media Coordinatori	5,44	5,68	4,94	4,90	5,18	6,18

Tabella 2c – Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse Aree

	Contributo - Area Programmazione e controllo					Contributo - Area Gestione della Innovazione			
	Individuazione degli obiettivi di budget della sia UO o Dip	Individuazione delle risorse per il conseguimento degli obiettivi di budget	Definizione di protocolli	Elaborazione di piani di lavoro	Analisi e valutazione dei risultati conseguiti	Adozione e/o promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro specialistico nella UO o Dip	Adozione e/o promozione di nuove modalità assistenziali nella UO	Fabbisogni di aggiornamento e formazione connessi alle innovazioni introdotte	Definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella UO
Media	3,65	3,75	5,00	5,45	5,33	4,52	4,51	5,56	4,84
Deviazione Std	1,85	1,99	1,73	1,65	1,43	1,93	1,82	1,40	1,85
Media RAD	5,80	6,20	6,20	5,40	6,00	5,80	5,80	6,00	4,40
Media Coordinatori	3,44	3,50	4,88	5,46	5,26	4,39	4,38	5,52	4,88

Tabella 2d – Descrizione analitica contributo dei coordinatori all'interno delle diverse Aree

	Contributo - Area Valutazione e miglioramento Qualità					Contributo - Area Sistemi informativi		
	Valutazione della qualità degli spazi e del comfort	Valutazione della qualità delle prestazioni alberghiere	Definizione degli indicatori di qualità	Definizione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto	Modifica dei processi organizzativi all'interno della UO o DAI	Identificazione di strumenti informativi per gli utenti della UO	Inserimento nel sistema informatico dei dati di attività	Inserimento nel sistema informatico di dati inerenti il processo di approvvigionamento e/o i consumi dei materiali nella UO
Media	4,67	5,13	4,20	4,16	4,95	5,02	4,19	4,83
Deviazione Std	1,93	1,87	1,81	1,75	1,53	1,71	1,88	1,89
Media RAD	5,20	5,20	5,40	5,40	5,40	4,00	2,00	2,00
Media Coordinatori	4,62	5,13	4,08	4,04	4,90	5,12	4,36	5,12

Tabella 2e – Descrizione analitica della rilevanza attribuita alla comunicazione

	Comunicazione all'interno dell'equipe coordinata	Comunicazione con altre figure professionali presenti nella UO/DAI	Comunicazione con uffici trasversali	Comunicazione tra la sua UO e le altre dell'azienda
Media	6,22	6,02	5,69	5,38
Dev. Std	0,98	1,05	1,27	1,63
Media RAD	6,80	6,60	6,00	6,40
Media Coordinatori	6,16	5,96	5,66	5,27

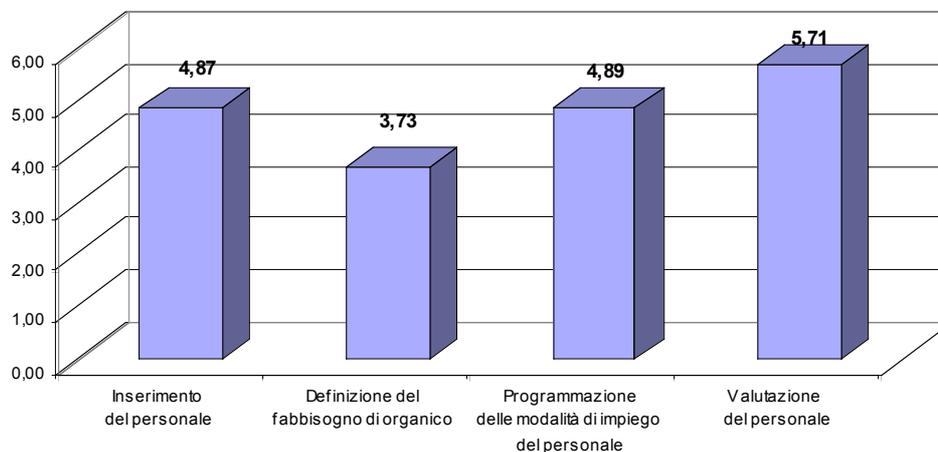
Tabella 2f – Distribuzione % del tempo tra le attività gestionali

	Attività operativa/assistenziale	Organizzazione, gestione e sviluppo del personale	Gestione delle scorte	Programmazione e controllo attività e valutazione della qualità	Sistemi informativi, comunicazione interna e problem solving
Media	14,5	26,7	14,3	15,6	29,0
Media RAD	9,6	25,0	3,6	20,0	43,8
Media Coordinatori	15,0	26,9	15,3	15,2	27,5

Come rilevato in precedenza, la definizione del fabbisogno di organico è percepito come un processo dove il livello di autonomia e coinvolgimento risulta essere limitato. Al contrario, in altri ambiti della gestione delle risorse umane, il ruolo dei coordinatori risulta essere molto elevato, dalla Valutazione del Personale (5,71), alla Programmazione delle modalità di impiego del personale (4,89), all’inserimento del personale (4,87).

Grafico 10

Grado di autonomia e contributo – Area 2 Gestione risorse umane

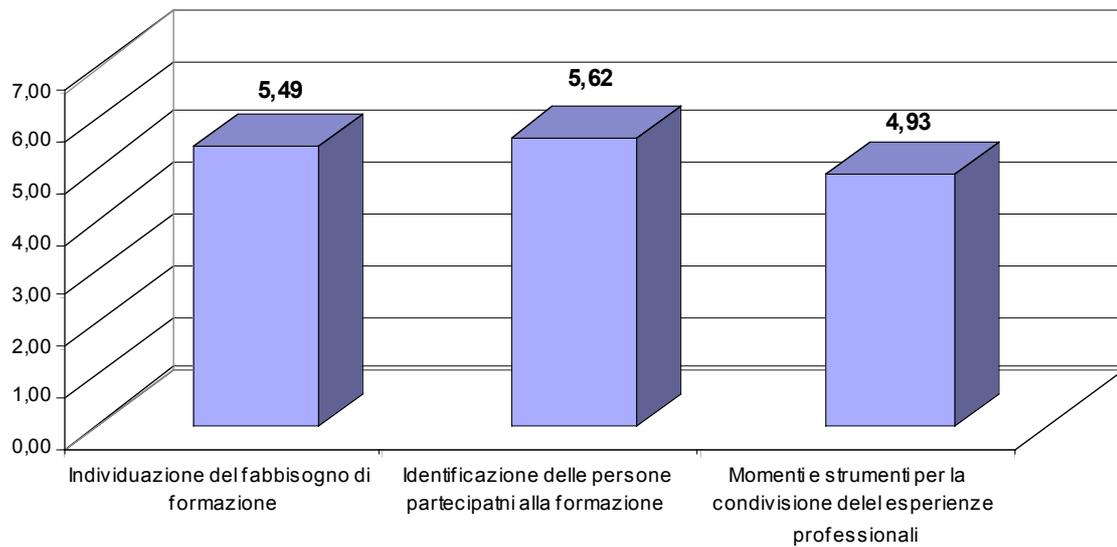


Il grafico 11 presenta tre ulteriori aspetti riconducibili al più ampio tema delle risorse umane e della loro gestione relativo alla Formazione. In tale area si evidenziano tra i valori maggiori in assoluto, rilevando l’elevato grado di autonomia ed il contributo che i coordinatori garantiscono in tema di:

- Individuazione e definizione del fabbisogno di formazione all’interno della struttura di competenza (5,49);
- Individuazione dei partecipanti al corso di formazione (5,62);
- Individuazione di momenti per la valutazione e la condivisione delle esperienze formative (4,9).

Grafico 11

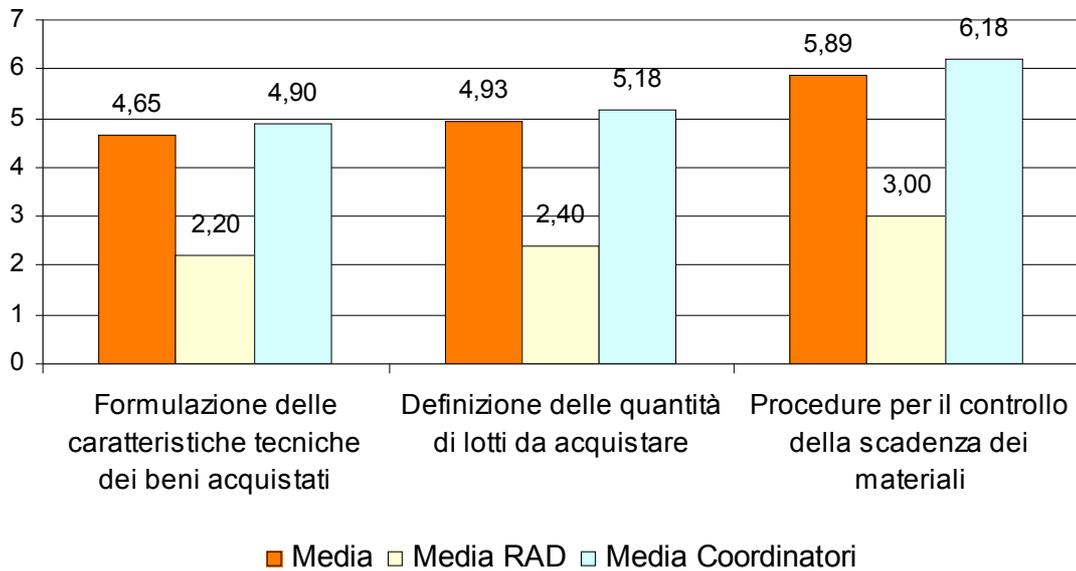
Grado di autonomia e contributo – Area 3 Formazione



Passando all'area relativa alla Gestione delle scorte, il grafico 12 presenta i dati dei rispondenti distinguendo tra Coordinatori e RAD, con particolare riferimento ai beni di loro diretta competenza gestionale. Complessivamente (vedasi la media generale), l'autonomia ed il contributo dei coordinatori appare elevato, sia per quanto concerne la formulazione delle caratteristiche tecniche dei beni acquistati, sia nella definizione della quantità e dei lotti da acquisire, sia nelle procedure per il controllo della scadenza dei materiali. Entrando nel dettaglio del dato, però, appare chiaro che i RAD si occupano marginalmente della gestione delle scorte, mentre i Coordinatori si sentono molto responsabilizzati, eccedendo addirittura la media per tutte le variabili di gestione delle scorte analizzate ed in particolare il controllo delle scadenze. Questo dato conferma le attese rispetto alle competenze tra RAD e Coordinatori.

Grafico 12

Grado di autonomia e contributo – Area 4 Gestione delle scorte



L'area 5 relativa ai processi legati alla Programmazione e controllo presenta risultati non univoci. Se si osserva la media generale, sia nell'individuazione degli obiettivi di budget che delle risorse necessarie, i rispondenti percepiscono di avere una limitata autonomia e un limitato grado di coinvolgimento. Questo dato contrasta con i precedenti (relativi ad aspetti simili, ma anche agli ulteriori item presenti nella medesima area). Nella media generale viene rilevato un buon grado di autonomia per quanto concerne la Definizione di protocolli (5,0), la Elaborazione di piani di lavoro (5,45) e l'Analisi e valutazione dei risultati (5,33).

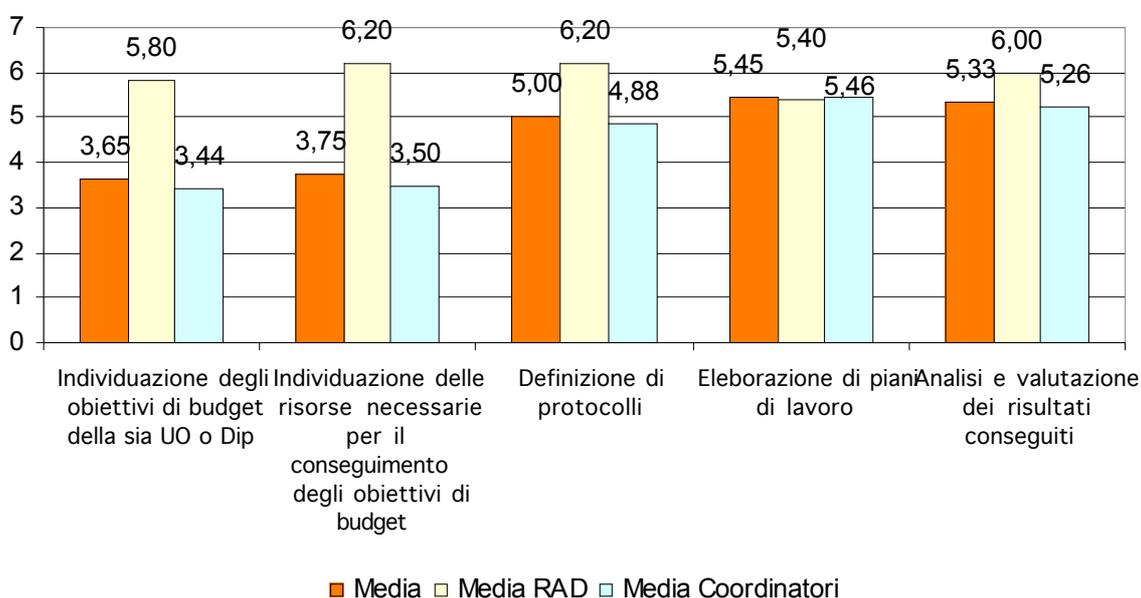
Entrando nel dettaglio della media generale, appare che sull'individuazione degli obiettivi di budget e delle relative risorse i RAD si sentono molto più coinvolti dei Coordinatori, il cui ruolo, in tal caso è marginale e sposta la media generale delle risposte verso il basso.

Nella definizione di protocolli e nell'analisi e valutazione dei risultati conseguiti, il ruolo dei RAD rimane ancora superiore rispetto ai Coordinatori, ma il distacco è minore.

Solo nell'elaborazione dei piani di lavoro la percezione del contributo e dell'autonomia di Coordinatori e RAD risulta praticamente identica ed in linea con la media generale segnalata. Ciò denota che solo nell'elaborazione dei piani di lavoro,

tra tutte le possibili attività incluse nella Programmazione e Controllo, vi è sostanziale collaborazione ed autonomia da parte delle due figure professionali. In tutte le altre attività e soprattutto in quelle più critiche e maggiormente legate alla programmazione (obiettivi di budget e risorse) prevale il contributo dei RAD; poiché i RAD sono numericamente di meno rispetto ai coordinatori, ciò fa sì che la media generale sia spostata verso il basso e cioè verso la percezione decisamente meno rilevante dei coordinatori stessi.

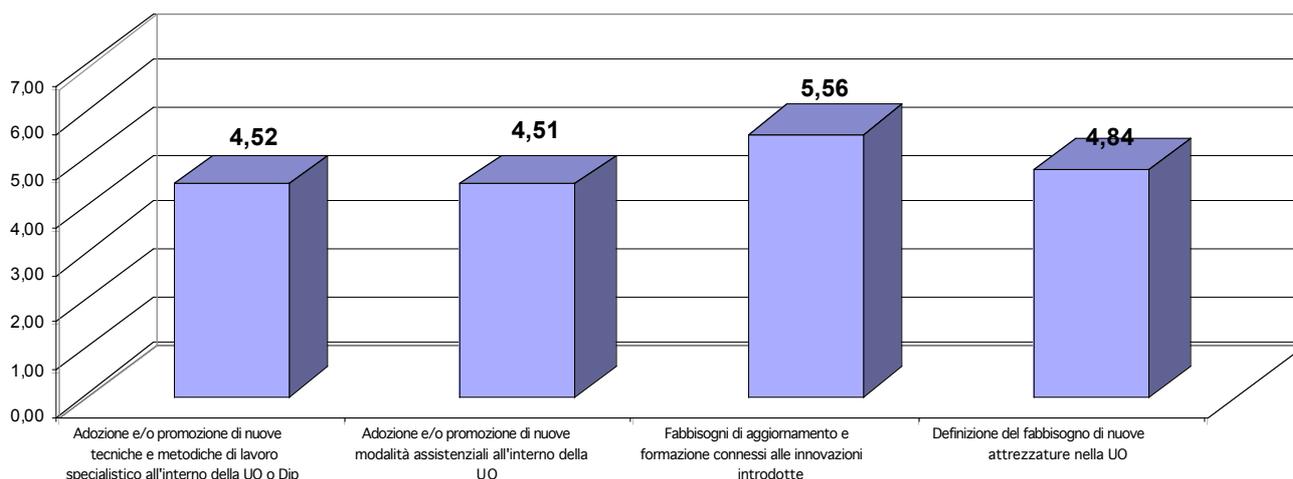
Grafico 13



Il Grafico 14 rappresenta la situazione in tema di contributo e coinvolgimento nei processi di Innovazione percepito dai rispondenti. I risultati, mediamente alti, pongono in evidenza il ruolo determinante che i coordinatori ed i loro collaboratori assumono sia nella proposizione di innovazione, sia nella loro successiva adozione e messa in opera. In particolare, coerentemente con i risultati dell'Area 3 Formazione, il punteggio più elevato si registra in relazione alla individuazione del fabbisogno di formazione e aggiornamento collegato alle innovazioni introdotte (5,56). Altri importanti sono i contributi che i Coordinatori garantiscono in tema di Adozione e promozione di nuove tecniche e metodiche di lavoro (4,52), di Adozione e

promozione di nuove modalità assistenziali (4,51), così come nella definizione del fabbisogno di nuove attrezzature nella UO (4,84).

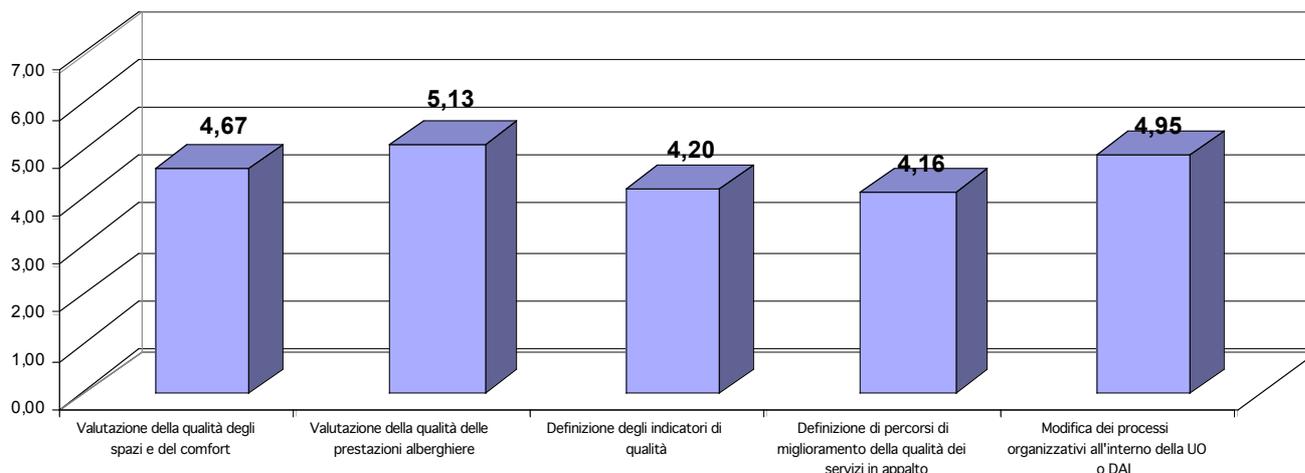
Grafico 14
Grado di autonomia e contributo – Area 6 Gestione della Innovazione



Il grafico 15 presenta i risultati medi registrati in tema di grado di autonomia e contributo percepito dai rispondenti in tema di Gestione e valutazione della qualità. Trattandosi di un'area fortemente legata all'operatività, alle metodiche, ai protocolli e l'organizzazione degli spazi e delle persone, le attese di un medio-alto coinvolgimento dei Coordinatori sono state confermate. Il dato più elevato si registra in relazione alla Valutazione della qualità delle prestazioni alberghiere (5,13), ovviamente legato alla natura dell'attività svolta dai professionisti coinvolti. Da segnalare il dato elevato in tema di Modifica dei processi organizzativi all'interno della UO o DAI (4,95), rilevando un importante ruolo organizzativo attribuito nella forma e/o assunto nella sostanza dalle professioni sanitarie. Infatti, anche in tema di Individuazione di percorsi di miglioramento della qualità dei servizi in appalto (4,16) i rispondenti rilevano un buon grado di autonomia e possibilità di contribuire. Infine, valori medio-alti si registrano anche negli ulteriori due item dell'Area 7, ovvero in tema di contributo nella Valutazione della qualità degli spazi e del comfort (4,67), e nella definizione di indicatori di qualità (4,2).

Grafico 15

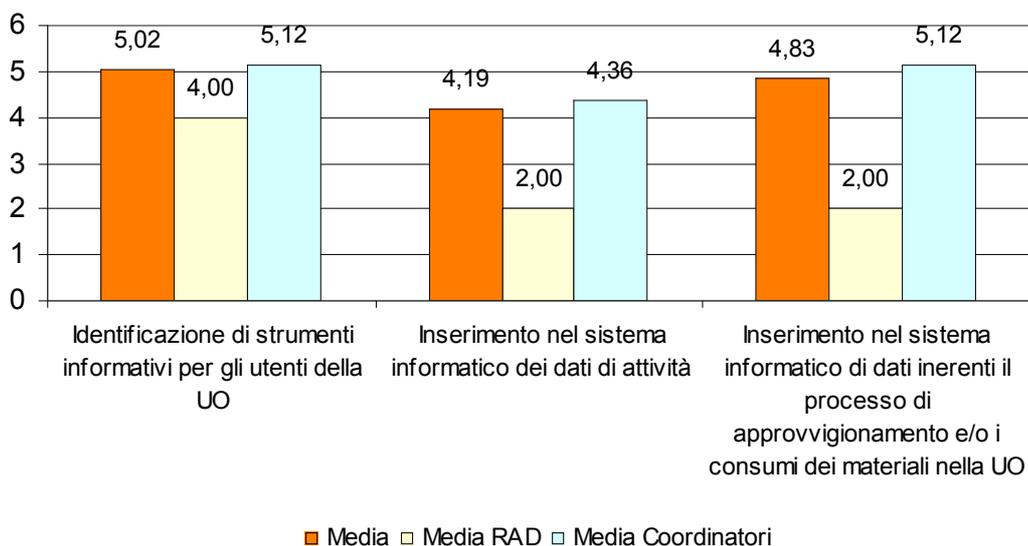
Grado di autonomia e contributo – Area 7 Gestione e valutazione della qualità



L'elevata informatizzazione che ha caratterizzato l'A.O.U. S. Anna negli ultimi anni, e tuttora in corso, ha trovato una ricaduta anche nel grado di autonomia e contributo dei Coordinatori nell'Area dei sistemi informativi. I valori medi generali rilevati sono elevati (Grafico 16) sia per il contributo in termini di Identificazione di strumenti informativi per gli utenti (5,02), sia in termini di gestione tramite Inserimento nel sistema informatico dei dati di attività (4,19), ovvero valori relativi al processo di approvvigionamento e/o dei consumi di materiali utilizzati nella UO (4,83). Analizzando le medie generali rispetto al ruolo di Coordinatore o di RAD, si può notare come la percezione dei RAD rispetto al loro contributo nell'Area dei sistemi informativi sia molto inferiore rispetto ai Coordinatori. Tra le diverse attività previste, solo nell'identificazione di strumenti informativi per gli utenti della UO il contributo dei RAD risulta essere più elevato.

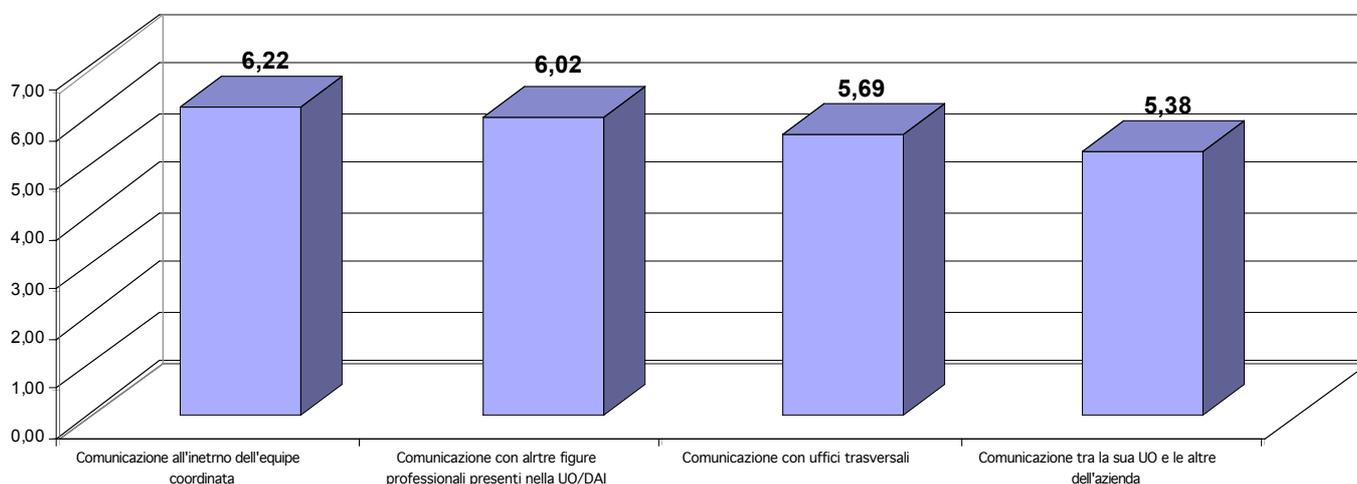
Grafico 16

Grado di autonomia e contributo – Area 8 Sistemi informativi



Collegato al tema dell'informatizzazione, si ritrova l'Area relativa alla Comunicazione ed in particolare al grado di rilevanza percepito dai Coordinatori su tali processi (Grafico 17). Il tema della comunicazione inter-organizzativa è senza dubbio uno dei più dibattuti per la sua importanza, ma anche per la difficoltà con cui può essere gestita e realizzata. La comunicazione ha, infatti, un ruolo decisivo nei flussi informativi e di conoscenza, così come per l'efficienza e la qualità dei processi lavorativi. Non sorprende, quindi, trovare in questa area valori tra i più elevati dell'analisi. Inoltre, è interessante sottolineare come i processi di comunicazione diventano sempre più importanti mano a mano che ci si avvicina alla gestione ed al punto di erogazione del servizio. La comunicazione all'interno dell'equipe registra un valore di 6,22, contro il 5,38 relativo al processo di comunicazione tra al UO e le altre dell'azienda. La comunicazione intra-professionale assume una rilevanza molto elevata (6,02), così come con le altre professioni presenti in uffici trasversali (5,69), ovvero di supporto all'operatività all'interno delle proprie UO.

Grafico 17
Grado di rilevanza dei seguenti processi di comunicazione – Area 9
Comunicazione



Il grafico 18 presenta la percezione dei professionisti rispetto a come distribuiscono mediamente il loro tempo tra diverse attività organizzative ed operative. Ne risultano dati interessanti, sebbene occorre rilevare una certa variabilità tra i rispondenti, con deviazione standard intorno al 15%.

Il dato medio di sintesi va letto alla luce della diversità tra coordinatori e RAD.

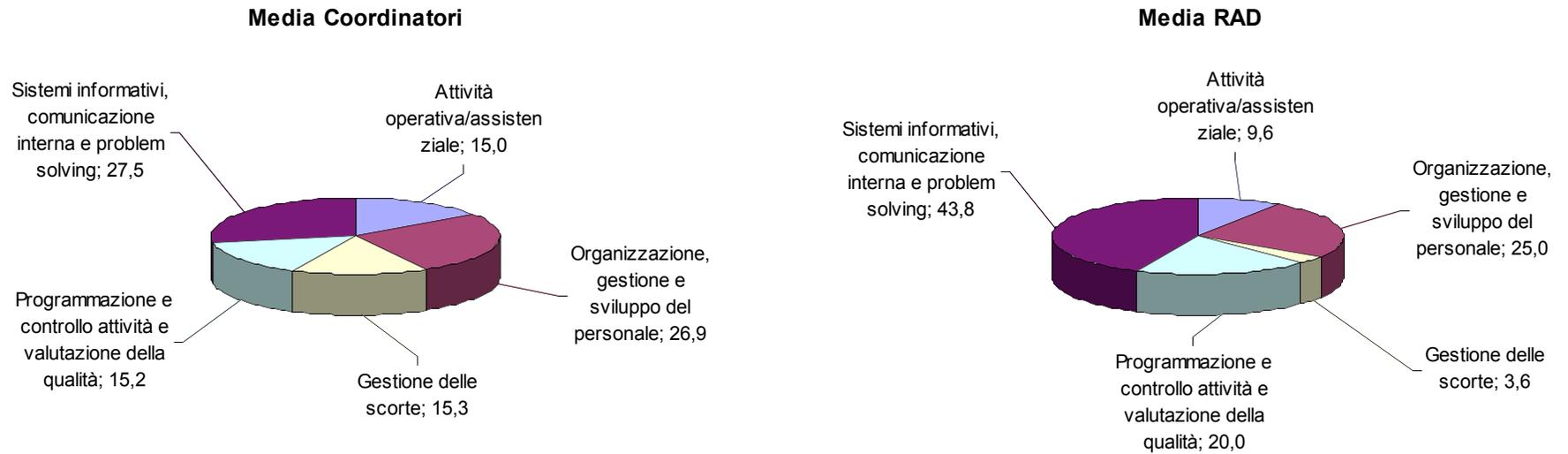
Come ci si poteva attendere, i coordinatori dedicano molto tempo all'alimentazione dei sistemi informativi, alla comunicazione, alla risoluzione di problemi (27,5%), così come all'organizzazione e gestione delle risorse umane (26,9%).

Rilevante risulta essere anche il tempo da loro dedicato ad attività riconducibili alla gestione delle scorte (15,3%) mentre il processo di programmazione e controllo e l'attività operativo-assistenziale hanno i valori più bassi anche se la differenza rispetto alle altre aree è minima (15,2% e 15%). In generale il tempo dei coordinatori è equamente distribuito.

I RAD, invece sono quasi completamente proiettati sulle attività di comunicazione interna e problem solving (43,8%, possiamo escludere il contributo all'alimentazione dei sistemi informativi, perché già rilevato nell'Area sistemi informativi) e sulla gestione del personale. Quest'ultima attività è l'unica in linea con i coordinatori e qualifica entrambe le posizioni organizzative come di criticità ed interesse per il loro coinvolgimento a tutto tondo sull'aspetto di formazione e sviluppo delle risorse umane. Segue, per i RAD una buona fetta di tempo dedicata alla programmazione (che dall'Area programmazione e controllo abbiamo visto essere dedicata maggiormente al budget e alla programmazione delle risorse) e valutazione delle attività e della qualità, mentre la gestione delle scorte e l'attività operativo-assistenziale sono del tutto marginali.

Nuovamente, si segnala come il dato medio generale simboleggi una effettiva diffusione dei processi gestionali e dei collegati strumenti all'interno dell'organizzazione. Di minor impegno temporale risultano essere per entrambe le figure professionali (coordinatori o RAD) le attività assistenziali.

Grafico 18 – Distribuzione tempo di lavoro tra attività



3. RIFLESSIONI CONCLUSIVE

Alla luce dei dati analizzati, le professioni sanitarie nel contesto dell'AOU S. Anna di Ferrara si caratterizzano per un'elevata esperienza professionale (stimata come numero di anni di servizio) che è stata integrata da una specifica formazione manageriale per ricoprire posizioni di responsabilità.

L'elevata anzianità di servizio nella posizione di responsabilità attualmente ricoperta dimostra come l'esperienza professionale abbia rappresentato un requisito di scelta fondamentale nell'AOU S. Anna e la rilevanza delle professioni sanitarie ne sancisce la loro storica importanza all'interno della struttura organizzativa.

Se ciò si accompagna ad una buona conoscenza dell'organizzazione aziendale del S. Anna, si rileva per contro un panorama abbastanza variegato di posizioni gerarchicamente superiori di riferimento. Questo dato induce a pensare come all'interno dell'organizzazione i processi di network e le relazioni intra-organizzative che si sviluppano possono seguire o meno le norme e la gerarchia formalmente deliberate e comunicate.

Nell'ambito delle loro posizioni organizzative, i professionisti sanitari rilevano uno scarso sviluppo della determinazione del fabbisogno di organici (Sezione II) e della programmazione degli acquisti (Sezione II) mentre ritengono altamente sviluppati la formulazione del budget, il controllo di gestione e la definizione di protocolli (Sezione II).

Partendo dallo scarso sviluppo della determinazione del fabbisogno di organici, il fatto che il dato sia in linea con un basso contributo all'analisi delle posizioni di lavoro (Area Organizzazione), conferma quanto la risorsa umana sia importante all'interno della struttura, ma altresì come sia un fattore di criticità per i professionisti stessi.

Tuttavia il dato è in parte contraddittorio: se analizziamo contemporaneamente il contributo sulla definizione dei carichi di lavoro (Area Organizzazione) e quello sulla programmazione delle modalità di impiego del personale (Area gestione risorse umane), nonché sull'elaborazione di piani di lavoro (Area programmazione e controllo), appare che il primo è scarso, mentre gli altri due sono elevati. Anche

suddividendo i dati medi generali a seconda del ruolo (coordinatore o RAD), l'andamento rimane lo stesso, poiché le percezioni sono perfettamente convergenti.

C'è da domandarsi se la causa di ciò possa essere ricercata nel fatto che i carichi di lavoro facciano parte di una procedura che non compete formalmente ai professionisti mentre le altre due (modalità di impiego del personale e piani di lavoro) siano sotto il loro diretto controllo. Questo potrebbe essere il frutto di uno scollamento tra la gestione formale e quella effettiva delle risorse umane, sia che si parli di coordinatori e sia che si parli di RAD, oppure del fatto che altre pressioni organizzative agiscono in modo poco controllabile rispetto ai carichi di lavoro. Se si accetta la prima interpretazione, lo scollamento potrebbe essere limitato da un maggiore coinvolgimento dei professionisti nella definizione dei carichi di lavoro (magari anche solo dei RAD), se si accetta invece la seconda interpretazione occorre comprendere quali altre pressioni organizzative incidono per limitarle.

In ogni caso, risulta significativo che, se i professionisti non detengono tutte le leve gestionali per quanto concerne il personale, dall'altra parte si sentono fortemente coinvolti nella formazione dello stesso.

Risulta comunque chiaro, l'importanza dei Coordinatori/RAD nella formazione (che occupa una parte rilevante del tempo dei professionisti) del personale, sia in caso di nuovi ingressi, che nel caso di aggiornamento per coloro già in ruolo.

Per quanto concerne la programmazione degli acquisti si può rilevare che, a differenza dello scarso contributo su detta programmazione (Sezione II), il coinvolgimento dei professionisti appare elevato nella gestione delle scorte (Area gestione scorte: caratteristiche tecniche, quantità di lotti di acquisto, controllo della scadenza dei materiali). Appare rilevante che la gestione delle scorte sia in gran parte demandata ai coordinatori piuttosto che ai RAD, infatti la gestione delle scorte è un'Area dove risulta evidente lo scollamento tra i coordinatori, che si sentono fortemente coinvolti, ed i RAD il cui contributo è alquanto scarso. Ciò evidenzia l'importanza operativa dei coordinatori rispetto ai RAD.

L'incrocio dei dati della Sezione II con quelli dell'Area gestione scorte rivela che, dal punto di vista organizzativo ci si trova di fronte allo sdoppiamento delle competenze sugli acquisti piuttosto che sulla gestione di magazzino, mentre una maggiore integrazione delle due funzioni potrebbe portare a risultati positivi.

L'unica convergenza negativa si ha sui RAD per i quali sia la gestione acquisti sia la gestione scorte è di bassissima percezione. Mentre per i coordinatori è scarso il contributo sulla gestione acquisti ed elevato quello della gestione scorte. In entrambi i casi è evidente come la gestione acquisti sia al di fuori di questi ruoli, invece sulla gestione delle scorte solo i coordinatori sono interessati a mantenere un adeguato margine di autonomia e responsabilizzazione.

Passando a valutare criticamente i punti forti segnalati dai professionisti stessi e cioè un elevato sviluppo dei processi di formulazione del budget, controllo di gestione e definizione di protocolli (Sezione II), l'incrocio dei risultati (con Sezione III – Area programmazione e controllo) ci porta a chiarire che solamente la definizione dei protocolli è totalmente in linea con il percepito dei professionisti stessi nella loro posizione organizzativa (siano essi coordinatori o RAD, poiché le percezioni sono abbastanza simili), mentre per gli altri due (budget e controllo di gestione) i risultati appaiono contraddittori.

Nello specifico, la percezione media generale del contributo nella definizione degli obiettivi di budget dell'U.O di riferimento e delle risorse per raggiungere tali obiettivi appare alquanto scarsa, ma questi fattori sono fondamentali per qualsiasi formulazione del budget.

Su questi ultimi aspetti, occorre correggere il dato medio per tener conto delle diverse percezioni di RAD e coordinatori. E' evidente infatti che il contributo su definizione di obiettivi di budget e individuazione delle risorse è elevato per i RAD, per i quali ciò sarebbe dunque in linea con quanto affermato nella Sezione II.

Invece, il ruolo dei coordinatori sulle stesse tematiche è molto basso dunque solo per i coordinatori si manifesterebbe la divergenza tra i dati della Sezione II e quelli della Sezione III – Area programmazione e controllo.

Se ne deduce che i RAD, pur non percependo un grande coinvolgimento negli acquisti e nella gestione scorte, partecipano a pieno titolo nei processi di programmazione (obiettivi di budget e relative risorse), mentre i coordinatori partecipano molto meno ai processi di programmazione su budget e risorse perciò si ritagliano notevoli spazi di autonomia sulla gestione scorte e valorizzazione delle risorse umane.

Gli aspetti ulteriormente evidenziati dai risultati dell'Area programmazione e controllo fanno desumere che il distacco tra RAD e coordinatori venga man mano colmato passando alle attività di definizione dei protocolli e valutazione dei risultati conseguiti, risultando essere completamente nullo nell'elaborazione dei piani di lavoro dove la collaborazione tra le due figure professionale è massima (identica percezione del grado di autonomia e contributo su questa attività).

Analogamente, il contributo nel sistema informativo per l'inserimento dei dati di attività (Area sistemi informativi) non è elevato (a dispetto della quantità di tempo dedicato ai sistemi informativi stessi: ultima domanda della Sezione III) ma ciò risulta in contraddizione con lo sviluppo di un appropriato sistema di controllo di gestione.

Si può notare, anche in questo caso, una divergenza tra le percezioni dei RAD e dei coordinatori che appesantisce il valore della contraddizione.

Infatti, i RAD percepiscono un bassissimo contributo sia all'inserimento a sistema dei dati di attività e di dati inerenti il processo di approvvigionamento e/o i consumi dei materiali nella U.O., che invece risulta più elevato in corrispondenza dell'identificazione di strumenti informativi per gli utenti della U.O.

Al contrario, i coordinatori sentono un peso più importante delle prime due attività rispetto alla terza. Ciò chiarisce sicuramente tre punti:

- i RAD continuano ad identificarsi in un ruolo più strategico rispetto ai coordinatori,
- i coordinatori confermano la loro posizione più operativa, ,

I dati sulla distribuzione del tempo per attività, nella loro media generale sono maggiormente rappresentativi dei coordinatori rispetto ai RAD. La diversità di ruolo tra RAD e coordinatori è resa lampante dai dati sulla distribuzione del tempo tra attività: per i coordinatori tale distribuzione è abbastanza omogenea, con picchi sull'alimentazione dei sistemi informativi e sulla gestione delle risorse umane.

Per i RAD la distribuzione è alquanto spostata sulla comunicazione interna e sul problem solving, quindi viene la gestione delle risorse umane e la programmazione e controllo (con attenzione a budget e risorse, che invece manca per i coordinatori). Al contrario dei coordinatori, la gestione delle scorte non è affatto importante e l'attività operativo-assistenziale copre una parte minima.

Le interpretazioni possono essere di vario tipo, ad esempio:

- i sistemi di budget e controllo di gestione sono stati sviluppati ma vengono utilizzati in modo preponderante da chi ha un ruolo strategico (es. RAD), soprattutto per quanto concerne il coinvolgimento negli obiettivi e nelle risorse da utilizzare,
- i sistemi di budget e controllo di gestione sono stati sviluppati ma la pluralità di ruoli gerarchici superiori di riferimento rallentano alcuni processi di comunicazione rispetto agli obiettivi e alle risorse,
- i sistemi di budget e controllo di gestione sono stati sviluppati ma l'alimentazione del database di questi sistemi ed il loro utilizzo fanno capo a soggetti diversi (coordinatori nel primo caso, che si ritagliano la loro autonomia sull'operativo della gestione scorte e RAD nel secondo caso, che privilegiano i processi di comunicazione e problem solving gestendo soprattutto obiettivi e risorse).

Di fatto, su questi due fondamentali processi organizzativo-gestionali le possibilità di intervento possono essere realizzate attraverso un maggiore coinvolgimento di entrambi i ruoli professionali. Inoltre, futuri approfondimenti potrebbero riguardare il ruolo delle professioni rispetto all'alimentazione e all'utilizzo dei sistemi informativi che, per entrambi i ruoli occupa un tempo rilevante anche se con sfaccettature diverse.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2006), "Towards an interoperable healthcare information infrastructure working from the bottom up", *BT Technology Journal*, vol. 24, nr. 3: 17-32;
- Abernethy M. A., Vagnoni E. (2004), "Power, organization design and managerial behaviour", *Accounting, Organizations and Society*, n. 29: pp. 207-225;
- Annessi Pessina E., Cantù E. (2006), "Whither managerialism in the Italian National Health Service?", *The international journal of health planning and management*, vol. 21, nr. 4: 327-355;

- Bloor K., Maynard A. (2003), *Planning human resources in health care: towards an economic approach: an international comparative review*, Canadian Health Services Research Foundation, Ottawa;
- Costa G., Piovesan P. (1986), *La gestione del personale nelle Unità Sanitarie Locali*, Cedam, Padova;
- Davies H.T.O., Harrison S. (2003), "Trends in doctor-manager relationship", *BMJ*, vol. 326: 646-649;
- De Pietro C. (2002), "L'evoluzione delle funzioni innovative nelle aziende del SSN: le politiche e la valutazione del personale", *Mecosan*, nr. 43: 67-81;
- De Pietro C. (2005), *Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane. Contesto, politiche, strumenti*, McGraw Hill, Milano;
- De Pietro C. (2006), "La gestione del personale nelle aziende sanitarie: una rassegna della letteratura", *Mecosan*, n. 57: pp. 141-159;
- De Pietro C., Tereanu C. (2005), "Carichi di lavoro e fabbisogno di personale nelle aziende del Ssn: criticità e prospettive", *Mecosan*, n. 55: 65-84;
- Degeling P., Maxwell S. Kennedy J., Coyle B. (2003), "Medicine, management and modernization: a *danse macabre*?", *BMJ*, vol. 326: 649-652;
- Del Vecchio M., Prandi F. (2004), "Quale formazione manageriale: riflessioni e ipotesi intorno al lavoro dentro il mondo sanitario", *Mecosan*, n. 55: 99-106.
- Doolin B. (2001), "Doctors as Managers. New Public Management in a New Zealand hospital", *Public Management Review*, vol. 3, nr. 2: 231-254;
- Dragonetti et al. (2002), *Il personale delle aziende sanitarie*, II edizione, Giuffrè, Milano;
- Fitzgerald L. (1994), "Moving clinicians into management: a professional challenge or threat?", *Journal of Management in Medicine*, vol. 8, nr. 6: 32-44;
- Fitzgerald L., Dufour Y. (1996), "Clinical management as boundary management: a comparative analysis of Canadian and UK health care institutions", *International Journal of Public Sector Management*, vol. 10, nr. 12: 5-20;
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*, Franco Angeli, Milano;
- Guerra G. (1992), *Psicosociologia dell'ospedale*, La Nuova Italia Scientifica, Milano;

- Kurtz M. E. (1992), "The dual role dilemma" in Kindig D.A., Konver A.R. (1992), *The role of physician executive*, Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan;
- Lega F. (1998), "Gestire il personale delle aziende ospedaliere pubbliche: dal criterio di legittimità allo sviluppo di una possibile imprenditorialità governata", *Sanità Pubblica*: 903-944;
- Longo F. (2000), "Organizzazione e gestione del personale" in Bergamaschi M. (2000) (a cura di), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, McGraw Hill, Milano;
- Macinati M. S. (2007), "Personale infermieristico interno e in outsourcing: contesto aziendale e soddisfazione professionale", *Mecosan*, nr. 64: 41-52;
- Martini M., Riccò D., Prandi F., Cosmi L., Del Vecchio M., Martini M., Prandi F. (2004), "Un'analisi in chiave strategica dei meccanismi operativi. Il caso Ausl Reggio Emilia", *Mecosan*, nr. 50: 95-121;
- McDermott R., Callanan I., Buttimer A. (2002), "Involving Irish clinicians in hospital management roles . towards a functional integration model", *Clinicians in management*, vol. 11: 37-46;
- Mintzberg H. (1985), *La progettazione organizzativa*, Il Mulino, Bologna;
- Normann R. (1985), *La gestione strategica dei servizi*, Etas, Milano, trad. it. *Service management. Strategy and leadership in service business*, 1984;
- Pallotti F. (2007), "L'attitudine manageriale dei medici tra caratteristiche attributive e relazionali. Evidenze da un'indagine empirica", *Mecosan*, nr. 63: 49-68;
- Plane J.-M. (2003), *La g estion des ressources humaines*, Economica, Paris;
- Rapiau M.-T., Riondet J., Biot-Paquerot G. (2006), "Il reclutamento degli infermieri in formazione in Francia tra programmazione nazionale e bisogni locali", *Mecosan*, nr. 60: 81-89;
- Ruffini R. (1998), "La Sanità" in Costa G., Nacamulli R.C.D. (a cura di), *Manuale di organizzazione aziendale*, Utet, Torino;
- Rugiadini A. (1979), *Organizzazione d'impresa*, Giuffr , Milano;
- Spencer L.M., Spencer S.M. (1995), *Competenza nel lavoro*, Franco Angeli, Milano;
- Spurgeon P. (2001), "Involving clinicians in management: a challenge of perspective", *Health Care Information Review*, vol. 5, nr. 4: Publication 7998;

- Sveiby K.E. (1997), *The new organizational wealth: managing and measuring knowledge-based assets*, Berrett-Koheler, New York;
- Taroni F., Grilli R. (2000), “E’ possibile un governo clinico delle aziende sanitarie?”, *Politiche sanitarie*, vol. 1, nr. 2;
- Tousijn W. (2000), *Il sistema delle occupazioni sanitarie*, Il Mulino, Bologna;
- Tousijn W. (2003), “Infermieri e logica professionale: verso la frammentazione della professione infermieristica”, *Salute e Società*, Vol. II, nr. 1: 39-46;
- Tousijn W. (2004), “Le professioni sanitarie”, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, Franco Angeli, Milano;
- Vallotti G. (2000), *La riforma delle autonomie locali: dal sistema all’azienda*, Egea, Milano;
- Van der Bij J.D., Dijkstra L., de Vries G., Walburg J. (1999), “Improvement and renewal of healthcare processes: results of an empirical research project”, *Health Policy*, nr. 48: 135-152;
- Zangrandi A. (1999), *Amministrazione delle aziende sanitarie pubbliche*, Giuffrè, Milano.