

**IL MODELLO ORGANIZZATIVO DIPARTIMENTALE NEL SSN:
RISULTATI DI UN'INDAGINE EMPIRICA**

Americo Cicchetti*†, Alessandro Ghirardini, Daniele Mascia***,
Federica Morandi*, Anna Ceccarelli*, Vincenzo Vigilano**, Piera Poletti****, Rosetta
Cardone**, Giuseppe Murolo**.**

* Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Economia, Roma

** Dipartimento della Qualità, Direzione Generale Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema, Ufficio III, Ministero della Salute

*** Università Cattolica del Sacro Cuore, Facoltà di Medicina e Chirurgia, Roma

**** CEREF, Centro Ricerca e Formazione

† Presenter, Corresponding Author. Largo F. Vito 1, 00168 Roma. Tel. ++39-06-30156097,
Fax. ++39-06- 30155779, E-mail: acicchetti@rm.unicatt.it

FORMA DI PRESENTAZIONE: Orale

AREA TEMATICA: Tema libero

Razionale e obiettivi

A partire dall'ultimo decennio il Sistema Sanitario Italiano è stato caratterizzato dall'introduzione di concetti e tecniche manageriali. In accordo con il paradigma del New Public Management, durante gli anni '90 il Ssn è stato oggetto di un profondo ammodernamento volto a promuovere l'efficienza produttiva, l'efficacia e l'appropriatezza dei servizi sanitari attraverso l'introduzione di principi e strumenti di managerialità. Alcune delle riforme più recenti hanno agito soprattutto sul fronte degli assetti organizzativi delle aziende sanitarie, promuovendo l'introduzione di modelli di tipo dipartimentale.

Il presente lavoro presenta i risultati preliminari di una survey condotta a livello nazionale volta ad analizzare, da un lato, le principali caratteristiche strutturali del modello dipartimentale nelle aziende e, dall'altro, il processo di dipartimentalizzazione nel nostro Paese. Questo studio si differenzia dalle precedenti indagini poiché considera come unità di analisi il singolo dipartimento, studiando inoltre l'effettiva funzionalità dell'assetto dipartimentale.

Background

L'introduzione di aspetti di tipo manageriale nel nostro Ssn risulta strettamente connessa con il cambiamento delle aspettative dei pazienti nei confronti delle cure. Già circa trent'anni fa si è iniziato a parlare di una revisione dell'attività clinica, ma essa è rimasta per lungo tempo solo una prescrizione formale.

L'evoluzione legislativa dei dipartimenti ospedalieri attraversa cinque fasi fondamentali:

Il primo step è rappresentato dalla legge 132 del 1968 che per lungo tempo regola l'organizzazione interna degli ospedali stabilendo una precisa distinzione tra le divisioni ospedaliere e le unità operative. La divisione e l'organizzazione del lavoro all'interno degli ospedali secondo tale prospettiva si basa sulla specialità clinica, e la grandezza dell'organizzazione è collegata con il numero di posti letto senza tenere in considerazione le risorse impiegate.

Successivamente il Decreto legislativo del ministero della salute del 1976 introduce il concetto di dipartimentalizzazione basato sul modello dei Clinical Directorates inglesi.

In seguito numerosi interventi normativi rinnovano profondamente tale sistema attraverso l'introduzione del modello divisionale (Achard, 1999): in particolare il D.lgs 502/92, il D.P.R. del 27 marzo 1992, il D.lgs 229/99, oltre che numerose normative a livello regionale completano il quadro istituzionale del nuovo modello divisionale.

Nello specifico il D.lgs 502/92 stabilisce che le nuove aziende ospedaliere debbano essere organizzate in base al modello dipartimentale.

La riforma introdotta dal D.lgs 229/99 invece modifica l'organizzazione interna delle strutture sanitarie creando un contesto organizzativo più integrato per la fornitura dei servizi, in particolare tale decreto spiega come i dipartimenti ospedalieri debbano essere strutturati e organizzati.

Infine le più recenti normative regionali riconoscono il dipartimento ospedaliero come il miglior contesto in cui possono essere sviluppati gli strumenti di governo clinico.

I dipartimenti ospedalieri presentano inoltre un'origine internazionale, nel contesto sanitario durante gli anni '60 viene infatti introdotta l'organizzazione dipartimentale all'interno dei policlinici universitari americani al fine di perseguire una migliore forma di gestione.

Oltre a ciò, il Cogweel Report inglese del 1967 introduce le "divisioni" al fine di condividere risorse umane e tecnologiche.

Molti autori hanno analizzato gli obiettivi perseguibili attraverso l'implementazione del dipartimento nell'ambito delle strutture sanitarie, in modo particolare Cicchetti (2002) ne

individua quattro: Organizzativo, Clinico, Economico, Strategico. L' Obiettivo organizzativo permette di conseguire un migliore coordinamento delle attività di assistenza necessarie al trattamento di pazienti per cui risulta indispensabile la concorrenza di un sistema complesso di competenze e risorse. L'Obiettivo clinico evidenzia la capacità del dipartimento di diffondere nuove conoscenze attraverso l'utilizzo di percorsi diagnostico terapeutici condivisi quale strumento di riduzione della variabilità nelle procedure e nei risultati. L'Obiettivo economico concerne il coordinamento di tutte le risorse impiegate all'interno delle aziende sanitarie con la finalità di perseguire efficacia attraverso una migliore gestione delle risorse. Infine l'Obiettivo strategico riguarda il miglioramento delle conoscenze utili allo sviluppo futuro delle organizzazioni.

A livello internazionale Braithwaite (2006 B), attraverso la comparazione di tre differenti studi, evidenzia quattro ragioni alla base della decisione di adottare il modello dipartimentale. Come si evince nello schema riassuntivo proposto di seguito, il dipartimento è in grado di migliorare l'efficienza tecnica, accrescere le performance manageriali e il coinvolgimento del personale medico nel management al fine di incrementare il focus su pazienti e servizi erogati; implementare l'utilizzo dei sistemi informativi, e infine accrescere la qualità delle cure erogate ai pazienti.

Tabella 1: Ragioni per l'adozione del modello dipartimentale riportati in tre studi.

Fonte: Braithwaite 2006 (B).

OBIETTIVI	<i>Ruffner</i>	<i>Diskener et alii</i>	<i>Braithwaite</i>
<i>FINANZIARIO</i>	Desiderio di misurazione di costi e produttività	Risoluzione di gravi problemi finanziari	Ragioni finanziarie.
	Migliore responsabilità finanziaria.	Riduzione di servizi ad elevato costo.	Influenza nell'allocazione delle risorse.
	Opportunità di obiettivi di rendita.		Accrescimento della responsabilità manageriale e della consapevolezza dal lato dei costi.
<i>MANAGERIALE</i>	Costruzione di un orientamento al mercato.	Medici nel board di decisione.	Spostamento dell'attenzione sull'output.
	Orientamento del mercato verso un approccio prodotto/servizio.	Decentralizzazione e delegazione delle responsabilità.	Delegazione delle responsabilità ai clinici.
	Spostamento dell'attenzione da un focus sull'attività ad un focus sul business.	Abbattimento delle barriere tra le gerarchie professionali e i differenti gruppi.	Ragioni di mercato.
	Riallineamento della cultura organizzativa e focalizzazione nei confronti del paziente e del suo percorso di cura.		Ragioni strategiche.
			Delegazione del potere e delle responsabilità.
			Costruzione di un migliore sistema di decision making.
		Orientamento dello staff differente dalla focalizzazione funzionale.	

<i>SISTEMI INFORMATIVI</i>	Identificazione delle fonti dei dati e dei sistemi.	Rapidi sviluppi nell'information technology.	Miglioramento dell'informazione.
	Riconfigurazione dei vecchi dati in nuovi formati.	Possibilità di creare nuovi sistemi informativi.	
<i>QUALITÀ E OUTCOMES.</i>	Raggiungimento di migliori outcomes.	Miglioramento della qualità dei servizi clinici ai pazienti.	Aumento della responsabilità nei confronti dei bisogni dei pazienti.
	Identificazione sistematica di cosa vogliono i pazienti.	Maggiore esplicitazione nella valutazione del lavoro clinico e degli outcomes.	Miglioramento della qualità delle cure.

La letteratura ha ampiamente analizzato la diffusione dei dipartimenti nel nostro Paese (fra gli altri, Anessi Pessina e Cantù, 2000; 2002; Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti et al., 2003; Cicchetti, 2004; Anaa-Assomed, 2001; 2004), ponendo attenzione soprattutto sull'adozione del modello dipartimentale e sulle caratteristiche del modello organizzativo; tuttavia in queste ricerche è possibile riscontrare due limiti fondamentali. Da un lato, il modello dipartimentale è stato studiato assumendo come unità di analisi la singola azienda. Dall'altro, si riscontra un'attenzione soprattutto verso l'adozione formale di questo modello in sanità.

Più recentemente inoltre gli studi si sono concentrati sulla possibilità di realizzare il governo clinico attraverso il dipartimento considerato il contesto organizzativo più adeguato per l'implementazione dello stesso; la presente survey esplora in modo particolarmente attento tale assunto. La Clinical Governance si sviluppa nel Regno Unito come prospettiva unificante degli aspetti clinici ed economici nelle prestazioni sanitarie. Il Libro Bianco del 1997 definisce il governo clinico come strumento attraverso il quale le organizzazioni del sistema sanitario nazionale possono migliorare continuamente la qualità delle cure, focalizzandosi sull'eccellenza clinica derivante dall'adozione di elevati standard di cura. La Clinical Governance si snoda in differenti aspetti quali per citarne alcuni la gestione del rischio clinico; l'adozione di linee guida di dipartimento e di percorsi assistenziali di dipartimento; l'attività di valutazione degli esiti/outcome clinici, dimensioni esplorate dalla presente survey.

Metodi

Il Ministero della Salute in collaborazione con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ha realizzato nel corso 2005 una survey con il proposito di mappare la operatività dipartimentale nelle aziende sanitarie in Italia. La ricerca è stata condotta mediante un questionario strutturato, articolato in 3 sezioni relative a: (i) informazioni anagrafiche dell'organizzazione, anno di istituzione dei dipartimenti, processo di cambiamento della struttura organizzativa; (ii) informazioni sull'assetto organizzativo del singolo dipartimento quali, ad esempio, numero di unità organizzative accorpate e criterio di aggregazione (strutturale, funzionale, aziendale, interaziendale); (iii) informazioni relative ai meccanismi operativi adottati nel dipartimento, con particolare attenzione all'attivazione degli strumenti per il governo clinico. Il questionario, inviato a tutta la popolazione di aziende sanitarie presenti sul territorio nazionale (Aziende Ospedaliere, ASL, Policlinici Universitari, IRCCS), è attualmente disponibile sul sito web del Ministero della Salute (www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_233_listaFile_itemName_1_file.doc).

I dati raccolti sono stati analizzati attraverso un'analisi statistica descrittiva con il supporto del software SPSS. Prima di procedere all'elaborazione dei dati, un panel di esperti si è occupato di riclassificare i dipartimenti in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate.

Risultati e discussione.

La rilevazione condotta nel 2005 ha riguardato 1805 dipartimenti appartenenti a 233 strutture (67,5% del campione investigato). L'area Nord-est presenta la *compliance* maggiore (88%), seguita dal Nord-ovest (68%) e dal Centro (63%). L'area Sud ed Isole si caratterizza per il livello di *compliance* minore (58%). A livello nazionale, l'istituzione che ha attivato con maggiore frequenza il Dipartimento risulta essere la ASL (52,7%), seguita dalle Aziende Ospedaliere (41,5%), dagli IRCCS (4,7%), e infine dai Policlinici Universitari (1,1%). Complessivamente, il modello dipartimentale è stato attivato con maggiore frequenza nelle regioni italiane del Nord Ovest (36,7), seguite da quelle del Nord Est (25,1%) e del Centro Italia (20,3%). Fanalino di coda, il Sud e le Isole (18%).

In Tabella 2 è possibile analizzare la distribuzione dei Dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa, ottenuta in relazione alla natura delle unità organizzative accorpate. Dall'analisi della Tabella è interessante osservare come oltre il 50 % dei Dipartimenti clinici ricade nelle prime 5 tipologie (area medica, area chirurgica, DEA, patologia clinica e materno-infantile). Oltre a ciò si evidenzia la presenza a livello nazionale di 50 Dipartimenti classificati e definiti come "Amministrativo e Tecnico" e di 9 Dipartimenti di "Direzione Medica Ospedaliera" i quali mostrano una limitata correlazione con l'attività clinica propriamente intesa. Si segnala anche la presenza di dipartimenti in cui le unità operative accorpate sono estremamente numerose ed eterogenee, definiti "Specialità miste", così come di 8 dipartimenti inseriti nella categoria "Altro", a fronte della non classificabilità secondo le categorie identificate. Ulteriore nota di attenzione meritano i dipartimenti comprendenti una sola unità operativa, complessivamente 9, e dunque censiti come "Monounità" che stanno ad indicare un processo in via di evoluzione.

Di particolare importanza appare l'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia. Escludendo infatti il dipartimento cardiovascolare (circa il 4% del totale) - modello effettivamente in grado di rappresentare un raggruppamento di unità operative per categoria nosologica del paziente – complessivamente si osserva che:

- le due principali tipologie studiate, ovvero i dipartimenti relativi all'Area Medica e all'Area Chirurgica, sono dipartimenti che riflettono un mero accorpamento di unità per specialità;
- il DEA è un dipartimento sancito dalla normativa (DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e Linee Guida Ministero della Salute n. 1/1996), così come il dipartimento materno infantile reso obbligatorio dal PSN 1994-96;
- il dipartimento di patologia clinica può essere definito come un dipartimento di servizi.

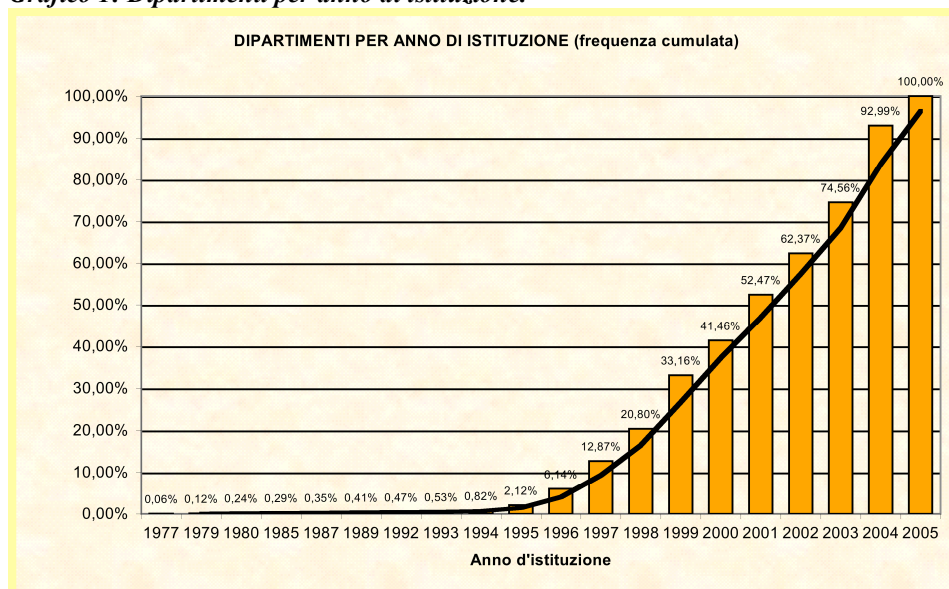
Considerando la tipologia istituzionale delle aziende, i dati mostrano che se nelle ASL i Dipartimenti attivati con maggiore frequenza siano quelli di Area medica, di Area chirurgica, il Materno infantile e il DEA, nelle Aziende Ospedaliere i dipartimenti più frequenti sono i Dipartimenti di Area medica, di Area chirurgica, quelli di emergenza e accettazione (DEA) e infine la Patologia clinica. Negli IRCCS i dati segnalano la prevalenza di Dipartimenti attivati nell'area delle Neuroscienze, dell'Oncologia medica, della Patologia clinica e di quella Cardiovascolare. Infine, nei Policlinici Universitari sono soprattutto i Dipartimenti di Area Medica e di Area Chirurgica (40%), insieme a quelli di Patologia clinica e della Diagnostica per immagini, a prevalere.

Tabella2: Distribuzione dei dipartimenti per tipologia organizzativa.

	Frequenza	Perce ntuale	Percentuale cumulata
Area medica	262	15,0	15,0
Area chirurgica	243	13,9	28,9
DEA	160	9,2	38,1
Patologia clinica	155	8,9	47
Matemo infantile	144	8,2	55,2
Diagnostica per immagini	123	7	62,3
Salute mentale	81	4,6	66,9
Cardiova scolare	70	4	70,9
Neuroscienze	60	3,4	74,3
Riabilitazione	54	3,1	77,4
Oncologia medica	50	2,9	80,3
Specialità miste	43	2,5	82,8
Oncologia medico chirurgica	38	2,2	84,9
Anestesia e rianimazione	34	1,9	86,9
Nefrourologia e dialisi	32	1,8	88,7
Ortopedia e traumatologia	28	1,6	90,3
Testa e collo	25	1,4	91,7
Farmacia	24	1,4	93,1
Pediatria	22	1,3	94,4
Geriatria	19	1,1	95,5
Trasfusionale	14	0,8	96,3
Malattie infettive	13	0,7	97,0
Ostetricia e ginecologia	12	0,7	97,7
Mono -unità	9	0,5	98,2
Gastroenterologia	9	0,5	98,7
Pneumologia	6	0,3	99,1
Dermatologia	4	0,2	99,3
Odontoiatria	2	0,1	99,4
Trapianti	2	0,1	99,5
Altro	8	0,5	100,0
Totale	1.746	100,0	
<hr/>			
gestionali			
Amministrativo e tecnico	50	84,7	84,7
Direzione Medic a Ospedaliera	9	15,3	100,0
Totale	59	100,0	
<hr/>			
TOTALE	1.805	-	-

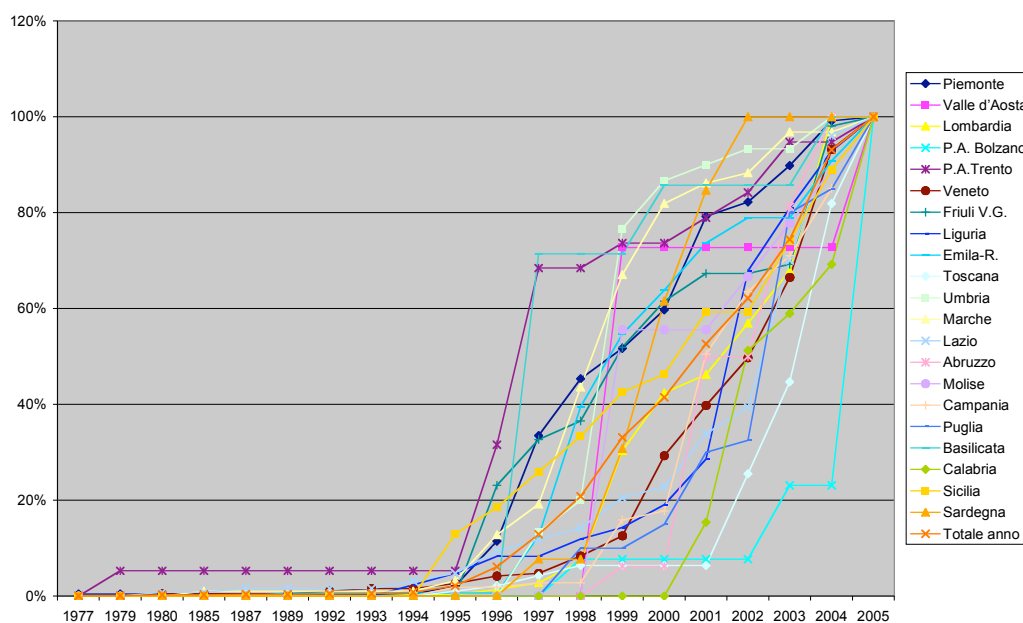
Venendo alla diffusione dei dipartimenti, i risultati evidenziano che il processo di dipartimentalizzazione prende avvio in gran parte delle Regioni nel 1995, subendo un ulteriore impulso derivante dall'adozione di diversi interventi normativi a livello nazionale, quali l'introduzione dei DRG (1995), la legge finanziaria del 1995, la riforma ter (D.lgs 229/99), il CCNL del 2000. Il 2004 è l'anno che spicca per il numero di dipartimenti attivati, ben 313, mentre oltre il 50% dei dipartimenti studiati risulta essere stato attivato nel periodo 2001-2005.

Grafico 1: Dipartimenti per anno di istituzione.



I dati riportati in Figura 2 mostrano l'accelerazione delle diverse Regioni nell'adozione del Dipartimento. Dal grafico si osserva come, nonostante l'anno 1995 rappresenti per la maggior parte delle Regioni il punto di inizio del percorso di accelerazione nella istituzione del dipartimento, vi sia una grande variabilità nel successivo percorso di diffusione.

Figura 2: Accelerazione delle Regioni nell'adozione del Dipartimento



I dati mostrano inoltre una profonda eterogeneità nei modelli dipartimentali adottati sia per quanto riguarda l'aspetto organizzativo, sia per la razionalizzazione e l'efficienza nell'uso delle risorse. In particolare, dall'analisi della distribuzione dei dipartimenti in ragione della loro tipologia organizzativa (dipartimenti strutturali vs funzionali) emerge come la prevalenza di dipartimenti sia di tipo strutturale (65,5%) soprattutto all'interno delle aziende territoriali (52,4%). Al contrario, la soluzione funzionale è stata adottata limitatamente al 34,5% dei dipartimenti studiati. Il criterio di aggregazione funzionale si basa sul processo di cura del paziente, al contrario la tipologia strutturale si basa su un criterio di aggregazione fondato sul disegno organizzativo della struttura. La maggioranza di dipartimenti di tipo strutturale suggerisce il permanere di una tradizionale organizzazione basata su unità operative.

Osservando l'estensione dei dipartimenti (aziendale vs interaziendale), i dati mostrano una prevalenza della dimensione aziendale (89,4%) segno che non è facile realizzare dipartimenti tra più aziende sanitarie.

Relativamente all'assetto interno al dipartimento, particolarmente significativo è il dato sull'attivazione degli organi collegiali, quali Comitato (91,7%) e Assemblea (58,2%) di dipartimento. In 964 casi si riscontra l'attivazione congiunta di entrambi gli organi collegiali. Per quanto riguarda le caratteristiche del modello gestionale interno, l'adozione di sistemi integrati per la gestione delle risorse (budget e gestione comune delle risorse strutturali, tecnologiche e umane) caratterizza oltre il 65% dei dipartimenti. L'analisi dell'attivazione dei meccanismi operativi per il governo clinico mostra, invece, una prevalenza nell'adozione dei piani di formazione e aggiornamento per i dipendenti (84,4%), seguita dai piani di verifica delle attività cliniche e qualità delle prestazioni (71,5%), dalle linee guida dipartimentali (65,6%) e dai percorsi assistenziali di dipartimento (58,9%). Infine, a livello dipartimentale si rileva una presenza limitata di attività di valutazione degli esiti/outcome clinici (55,3%) e della telemedicina (16,3%), Tabella 3.

Tabella 3: Meccanismi operativi per il governo clinico

Tipologia struttura	Meccanismi operativi per il governo clinico				
	Sì		No		Totale*
	N°	%	N°	%	N°
Linee guida dipartimento	1143	65,6	599	34,4	1742
Percorsi assistenziali dipartimento	1010	58,9	706	41,1	1716
Piani di verifica attività cliniche e qualità delle prestazioni	1240	71,5	494	28,5	1734
Attività di valutazione degli esiti/outcome clinici	951	55,3	770	44,7	1721
Sistema informativo integrato tra le U.O	861	49,1	893	50,9	1754
Telemedicina	351	16,3	1383	83,7	1724
Piano di formazione e aggiornamento dipendenti	1483	84,4	275	15,6	1758

*Nota: su 18 05 dipartimenti rispondenti :

63 non si sono espressi sulle linee guida di dipartimento

89 non si sono espressi sui percorsi assistenziali di dipartimento

71 non si sono espressi sui piani di verifica attività cliniche e qualità delle prestazioni

84 non si sono espressi sulla attività di valutazione degli esiti/outcome clinici

51 non si sono espressi sul sistema informativo integrato tra le U.O

71 non si sono espressi sulla Telemedicina

47 non si sono espressi sul piano di formazione e aggiornamento dipendenti

Conclusioni

Il presente lavoro illustra i risultati di una indagine svolta nel 2005 con l'obiettivo di fornire una mappa aggiornata dell'operatività dipartimentale nelle aziende sanitarie italiane. Il dipartimento è il modello ordinario di gestione operativa delle attività a cui fare riferimento in ogni ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e rappresenta il modello organizzativo favorente l'introduzione e l'attuazione delle politiche di Governo Clinico quale approccio moderno e trasparente di gestione dei servizi sanitari. La prospettiva di analisi adottata rende l'indagine particolarmente innovativa.

Per la prima volta, infatti, rispetto alle survey già condotte in precedenza, la rilevazione ha avuto per oggetto non le aziende sanitarie in quanto istituzioni del Ssn, ma i singoli dipartimenti. L'analisi si è sviluppata secondo due direttrici principali: da un lato l'analisi del processo di dipartimentalizzazione e delle condizioni istituzionali che hanno favorito la diffusione del nuovo modello organizzativo nelle varie Regioni italiane; dall'altro l'analisi degli aspetti macro- e micro-strutturali e di funzionamento del modello dipartimentale. I risultati, a livello complessivo, mostrano una notevole frammentazione nelle tipologie dipartimentali adottate ed un processo di dipartimentalizzazione che, pur prendendo avvio in quasi tutte le Regioni nel 1995, evolve nel tempo in maniera piuttosto eterogenea.

Il presente lavoro fornisce ad oggi una fotografia della situazione dipartimentale in Italia, senza entrare nel merito dell'effettivo funzionamento della struttura e dei meccanismi dipartimentali. Tale questione verrà presa in considerazione negli sviluppi futuri dell'indagine. Un altro limite del presente studio riguarda la soggettività delle dichiarazioni fornite dai rispondenti al questionario.

Riferimenti bibliografici.

Achard, P. O., 1999. *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Franco Angeli, Milano.

Anessi Pessina E., Cantù, E., 2001. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Egea. Milano.

Anessi Pessina E., Cantù, E., 2002. *L'aziendalizzazione della sanità in Italia*. Egea. Milano.

Anessi Pessina E., Cicchetti A., Cifalinò, Memmola M. 2003. *Il punto di vista delle aziende, in S.Baraldi (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Accademia Nazionale di Medicina.

Bailey J., 1995; *Rethinking consultants: time for change in traditional working practices?* BMJ 310: 788-790 (25 March)

Banks J.D. 1971; *The managerial revolution*. BMJ (3 July).

Barley S., 1991, *Semiotics and the study of occupational and organizational cultures*, in P. Frost, L.F. Moore, M.R. Louis, C.Lundberg and J. Martin (eds.), *Reframing organizational culture*, Sage, Newbury Park.

Brailer, D.J., 1999 *Management of knowledge in the modern health care delivery system*, Journal of Quality improvement, 25 (1): 6-19.

Braithwaite J., 1993. *Strategic management and organizational structure: transformational processes at work in hospitals*. Australian Health Review, 16(4): 383-404.

Braithwaite J., 2006 (A) *An empirical assessment of social structural and cultural changes in Clinical Directorates*. Health Care Analysis 14: 185-193 (December 2006) Springer Science + Business Media.

Braithwaite J., 2006(B) *Analysing structural and cultural change in acute settings using a Giddens-Weick paradigm approach*. Health Care Analysis 14: 91-102 (November 2006). Springer Science + Business Media.

Braithwaite J., Westbrook M., 2005. *Rethinking clinical organizational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates*. Journal of Health Service Research & Policy. Vol. 10, No 1, January 2005.

Brass, D.J., 1981. *Structural relationships, job characteristic and worker satisfaction and performance*, Administrative Science Quarterly

Cicchetti A., 2002. *L'organizzazione dell'ospedale. Fra tradizione e strategie per il futuro*. Vita & Pensiero editore.

Cicchetti A., 2004. *La progettazione organizzativa*. Franco Angeli, Milano.

Cicchetti, A., Baraldi, S. *La diffusione del modello dipartimentale nel Ssn: solo un fatto formale?* *Organizzazione Sanitaria*, 2001; 1: 71-81.

Cicchetti A., Lorenzoni G., 2000. *le architetture strategiche nelle aziende sanitarie: una prospettiva basata sulle competenze*. In Fontana F., Lorenzoni G., *Le architetture strategiche nelle aziende sanitarie: una indagine empirica*. 2000, Franco Angeli Milano.

Cicchetti, A., Lomi, A., 2000. *Basi relazionali, istituzionali e manageriali della strutturazione organizzativa: un confronto tra prospettive di progettazione in un grande ospedale universitario*. In Maggi, B. (a cura di), *"Le sfide organizzative di fine/inizio millennio"*, EGEA, Milano, 2000.

Cicchetti, A., Lomi, A., 2001. *Aspetti relazionali e attributivi della variabilità nella performance delle unità organizzative sanitarie*, in G., Costa, (a cura di) *Flessibilità e Performance*, Atti del convegno di Padova 1-2 febbraio 2001. (CD-Rom).

Cicchetti, A., Profili, S., 2001. *Relazioni informali e attitudine alla collaborazione nelle organizzazioni professionali: I risultati di uno studio empirico*. Articolo accettato dalla rivista "Studi Organizzativi", numero 2-3.

Davenport, T.H., Prusak, L., 1997. *Working knowledge: How organizations manage what they know*, Harvard Business School Press, Boston, MA.

Disken S., Dixon M., Halpern S., Shocket G., 1990. *Models of clinical management*. Institute of Health Service Management, London.

Ferlie E., Ashburner, A., Fitzgerald L., Pettigrew A., 1996. *The new public management in action*. Oxford University Press, Oxford.

Freidson, E., 1970. *Professional dominance: The social structure of medical care*. Dodd-Mead, New York.

Granovetter, M., 1985. *Economic action and social structure: The problem of embeddedness*. *American Journal of Sociology*.

Ibarra, H., Andrews, S.B., 1993. *Power, Social Influence and Sense Making: Effects of Network Centrality and Proximity on Employer Perception*, *Administrative Science Quarterly*.

Hewett D.J., Saxton H.M., Jackson G., Johnson J.N., 1990. *Clinical Directorates*. *BMJ*, volume 300 (24 March 1990).

Hopkinson R.B., 1994. *The role of hospital consultants in Clinical Directorates: the Syncromesh Report*. *BMJ*, 308:1725 (25 June).

Johnson J.N. 1990. *Clinical Directorates. Consultant's clinical independence needs to be preserved*. *BMJ*, volume 300 (24 February 1990).

Larson, A., 1992. *Network dyads in entrepreneurial settings: A study of the governance of exchange relationship*, *Administrative Science Quarterly*.

Lave, J., Wenger, E., *Situated learning: legitimate peripheral participation*, Cambridge University Press, New York.

Mc Quillan W.J. 1981; *Unit management and doctors' participation*. BMJ volume 283, 19 September 1981.

Meyer, J., Rowan, B., 1977. *Institutionalized Organizations: Formal structure as myth and ceremony*. American Journal of Sociology

Narduzzo, A., Warglien, M., 1998. *Le routine come competenza organizzativa*, in A. Lipparini (*A cura di*), *Le competenze organizzative*, Carocci, Roma.

Nonaka, I., 1991. *The knowledge creating company*, New York: Oxford Univ Press

Nonaka, I., Takeuchi, H., 1995. *The knowledge creating company*, New York: Oxford Univ Press.

Polany M., 1956, *The tacit dimension*. Doubleday Anchor, NY.

Powell, W., Di Maggio, P., 1991. *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

Ruffner J.K. 1986. *product line management: how six healthcare institutions make it work*. Healthcare forum September- October, 11-14.

Scott, J.W., 1987. *The adolescence of institutional theory*, *Administrative Science Quarterly*

Scott, J.W., Reuf, M., Mendel, P.J., Caronna, C.A., 2000. *Institutional change and healthcare organizations*, The University of Chicago Press, Chicago.

Scott, W.R., Meyer, J., 1983. *Organizational environments: ritual and rationality*, Beverly Hills, CA. Sage.

Senge P., 1990, *The Fifth Discipline: The art and practice of learning organization*, Doubleday, new York. Trad it.: *La quinta disciplina*, Sperling, Milano, 1992.

Sparrowe, R.T., Liden, R.C., Kraimer, M.L., 2001. *Social networks and the performance of individuals and groups*, *Academy of management journal*.

Starbuck, W.H., 1992. *Learning by knowledge intensive firms*, *Journal of Management Studies*.

Teece, D., Pisano, G., Shuen, A., 1997. *Dynamic capabilities and strategic management*. *Strategic Management Journal*.

Stuart J., Spurgeon P.C., Cook A., 1995. *management for doctors: making finance work for you strategic issues in clinical directorates*. BMJ 310: 224-246. (28 January).

Zorab J.S.M, Lloyd A., 1995 *Management for doctors: Analysing your organisation and environment and setting its strategy*. BMJ, 310:514-517 (25 February 1995).