

QUALITÀ TOTALE E ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO NELLE AZIENDE SANITARIE

[TOTAL QUALITY AND WORK ORGANISATION IN HEALTH CARE FIRMS]

Gian Franco Corio

Gennaio 1997

Abstract

L'organizzazione rappresenta l'ambito nel quale agire per migliorare i prodotti/servizi nelle aziende sanitarie e per determinare la trasformazione dei comportamenti professionali.

Azione e ruolo del *middle management* quale insieme strategico nel caso di avviamento di programmi di miglioramento improntati alla Qualità Totale.

La Qualità Totale fattore strategico nelle aziende sanitarie nei confronti del management e componente fondamentale per le decisioni di "acquisto" da parte dei clienti esterni.

[The area of organisation is the one to work in so as to improve products/services in health care firms, and to establish the transformation of professional behaviour.

The actions and roles of *middle management* as a strategic entity in the case of the set-up of programs for improvement based on Total Quality.

Total Quality as a strategic factor in health care firms with regard to management and as a basic component for "purchasing" decisions made by external customers.]

Jel Classification: I19, L15, L20, L32

Premessa

Si definisce comunemente qualità dei prodotti di un'azienda sanitaria l'insieme delle positività delle caratteristiche proprie delle attività e dei servizi erogati e delle proprietà specifiche che diversificano i prodotti per cui la valutazione della qualità dell'organizzazione di una azienda sanitaria deve essere fatta in riferimento alla struttura, ai processi ed ai risultati per poter stimare lo scarto tra la situazione in atto ed una definita ottimale¹.

Poiché l'efficacia dell'organizzazione indica, tra l'altro, il grado di rispondenza degli interventi effettuati a seguito della domanda di salute, la valutazione della qualità del lavoro dipende dalla definizione dei livelli di coerenza tra i bisogni rilevati e gli interventi pianificati ed attuati in risposta e costituisce un obiettivo da raggiungere ed una condizione da garantire.

In particolare l'organizzazione del lavoro in aziende sanitarie nelle quali si voglia "migliorare" rappresenta l'ambito nel quale agire per cambiare, per determinare le condizioni ottimali per un processo qualitativo integrato che abbia come obiettivo la qualità del prodotto/servizio e della relazione utente operatore per cui il raggiungimento di risultati qualitativi diventa l'obiettivo di fondo dell'organizzazione al quale devono corrispondere livelli di efficacia dei processi e di adeguatezza delle risposte².

¹ I servizi nelle aziende sanitarie costituiscono attività in gran parte personali e talvolta personalizzate per cui è possibile considerarli "processi, più o meno intangibili, che vengono sperimentati in modo soggettivo, nei quali le attività di produzione e di consumo hanno luogo simultaneamente" [Groenroos, 1994].

Mentre un prodotto fisico ha normalmente un effetto impersonale sul cliente, il servizio è costituito da un'attività in gran parte rivolta all'individuo per cui l'azione del controllo si esercita su un'interazione e non su un oggetto; la qualità del prodotto-servizio dipende allora dagli addetti al servizio che lo generano e lo forniscono e deve tener conto del processo di produzione e di "consegna" essenzialmente legato al fattore umano.

² Se miglioramento può significare avvicinamento al limite della "difettosità zero", questo fenomeno può essere anche considerato come l'evoluzione continua degli obiettivi e quindi delle prestazioni per cui con tale significato s'intende non soltanto la diminuzione dello scostamento dagli obiettivi stabiliti, ma l'estensione del concetto alla modalità del cambiamento continuo e quindi del costante spostamento in avanti degli obiettivi che si evolvono contemporaneamente alle prestazioni.

Il miglioramento delle attività costituisce uno degli aspetti fondamentali del ruolo del middle management e richiede il controllo continuo circa la congruenza tra livelli e metodi operativi delle unità organizzative e di ciascun operatore con gli obiettivi di Qualità Totale dei processi.

L'elemento fondamentale di tale azione acquista una particolare valenza per un'azienda che produce servizi a causa delle caratteristiche "ideali" che fanno parte della performance e si sviluppa istituzionalizzando la politica del miglioramento relativamente a tecnologie e strutture e coinvolgendo in maniera progettuale soprattutto gli operatori ad ogni livello, per cui il prodotto-servizio dei processi acquista valore aggiunto in quanto effetto della qualità delle relazioni interne e dell'efficacia della cooperazione tra gruppi e persone.

Il miglioramento dei processi si collega all'idea di un rapporto polidirezionale di "clientela interna" all'azienda in quanto la definizione dei prodotti può coinvolgere diverse funzioni, sia operative e sia di back-office e generare un sistema di scambi tra utilizzatori e fornitori interni anche se solo parte del personale è a contatto del cliente esterno: tutti gli operatori in azienda hanno qualcuno dal quale dipende per ricavare "semilavorati" e servizi per sviluppare il proprio lavoro.

Le componenti di un prodotto o servizio che le unità si "passano" e che siano connotate da caratteristiche di qualità, sono vantaggiose per l'intera produzione e di conseguenza per la prestazione finale indirizzata al cliente esterno.

La qualità sulla quale agiscono oltre che i fattori interni quelli esterni al sistema aziendale, è l'obiettivo dichiarato delle politiche sanitarie, per cui diventa necessario misurare il livello di efficacia delle prestazioni analizzando gli approcci metodologici al problema in quanto il livello di consapevolezza della necessità di fornire risposte adeguate alle richieste di qualità circa i prodotti sanitari che emerge costantemente dal contesto sociale non deve limitare tale bisogno all'area delle conoscenze, per cui la modificazione degli atteggiamenti e dei comportamenti, necessaria a rendere operativamente efficace qualsiasi prodotto non deve rimanere un enunciato di principio³.

Tale proposito deve diventare un momento di progettazione prima ancora che di adattamento per cui l'organizzazione ed il lavoro al suo interno, vanno ideati, progettati, costruiti in funzione dell'obiettivo qualità e quindi immaginati essere di qualità; solo così il cambiamento può essere attuato oltre che atteso: la qualità assume il ruolo di obiettivo del sistema produttivo e di strumento dell'organizzazione proprio perché attraverso il disegno organizzativo è possibile attivare realmente un processo che sia finalizzato a soddisfare i bisogni sanitari nella loro complessità/specificità, per cui l'organizzazione del lavoro deve essere considerata variabile dipendente dei valori che sottendono la tutela e la promozione della salute quale stato di diritto.

Il modello organizzativo deve quindi considerare la centralità dei clienti-utenti, predisponendo conseguenti strumenti finalizzati ad identificare criteri di lavoro

Questo atteggiamento completa la "vocazione" qualitativa dell'azienda se le unità operative, oltre ad esprimere i propri bisogni in qualità di clienti, fanno proprie, in quanto a loro volta fornitori, le aspettative degli altri enti assumendosi il compito di soddisfarle in maniera ottimale: in questo caso ognuno nell'azienda considera il collega come suo cliente più vicino a cui fornire valore aggiunto.

Questa modalità esprime un atteggiamento di effettiva integrazione delle attività e crea efficaci obiettivi di gestione ottenendo un clima organizzativo determinante ritorni positivi sulle motivazioni.

In questo caso il cliente interno viene considerato generatore sia di benefici "patrimoniali" sia immateriali in quanto portatore di aspettative e conoscenze.

³ Il concetto di qualità, trasmesso a tutte le attività dell'azienda che partecipano alla definizione del prodotto può fare riferimento, in maniera generale, all'accezioni di qualità "come caratteristica e come valore"; un significato più approfondito che tenga conto del particolare contesto e dell'oggetto cui si riferisce, della necessità di soddisfare esigenze di clienti/pazienti che variano a seconda delle situazioni, degli utilizzi di nuovi criteri di relazione con l'azienda da parte degli utenti, dei soggetti e delle situazioni al contorno che possono mutare nel tempo, del fatto che la qualità può essere misurata in termini di percezioni, fa riferimento alla qualità come "insieme delle proprietà e caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite".

Nelle aziende sanitarie la qualità può essere quindi configurata come "l'attitudine di un prodotto o di un servizio a soddisfare i bisogni di utenti" ed è definita ai livelli:

- delle risorse umane e materiali e della coerenza della loro gestione;
- del controllo;
- del sistema determinato per incrementare o assicurare la Qualità Totale.

Nel caso specifico ci si riferisce inoltre alla qualità come alla "globalità degli aspetti e delle caratteristiche di un prodotto/servizio da cui dipendono le sue capacità di soddisfare completamente un dato bisogno: caratteristiche fisiche, aspetto, durata, utilizzabilità, affidabilità, manutenibilità, supporto logistico, riparabilità, praticità, spendibilità" [Ascq, American Society for Quality Control].

Le definizioni alle quali si è fatto riferimento si differenziano dall'idea di qualità propria del cliente che "percepisce e valuta" sia la qualità tecnica del risultato, cioè il "che cosa" riceve durante l'interazione con l'azienda, sia la qualità funzionale del processo, cioè "il come", i modi, con i quali gli esiti definitivi gli vengono trasferiti.

qualitativi, nella consapevolezza che si può parlare di intervento di "qualità" solamente se si è in grado di valutare la coerenza tra la tipologia degli interventi e la domanda/bisogno in quanto le richieste determinano la struttura organizzativa ed i processi operativi.

I modelli di lavoro in ambito ospedaliero devono allora derivare i propri comportamenti da un approccio concettuale fondato sulla centralità della persona/utente e sulla specificità degli interventi; creare le condizioni opportune per l'erogazione di servizi e prestazioni eccellenti ed efficaci tenendo altresì conto dei mezzi a disposizione; finalizzare ed ottimizzare le fasi gestionali, operative e di verifica di attività integrate per definire sistemi di cura efficaci, sicuri e professionali e per governare, massimizzandolo, l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche, economiche, sociali e strutturali.

L'organizzazione, nella sua totalità, deve allora diventare "impermeabile" al bisogno di cambiamento che si prospetta radicale, proprio perché la qualità sembra essere ancora estranea al sistema sanitario per cui fatica a tradursi in un modello di gestione e quindi in un obiettivo strategico da realizzare.

Lo sviluppo di una strategia della qualità in aziende sanitarie deve quindi essere effettuato in riferimento ad elementi della gestione aziendale la cui efficienza costituisce un obiettivo prioritario nella pianificazione dei processi di cura ed un obiettivo fondamentale nella progettazione, pianificazione, erogazione e verifica dei prodotti e dei servizi, anche se le risorse economiche rappresentano uno dei vincoli operativi in ogni fase della formulazione delle risposte dell'azienda alla domanda/bisogno di salute; nasce quindi il bisogno di coniugare al problema dei costi e del loro rapporto con i benefici (peraltro finora scarsamente misurati e verificati in termini di qualità ma unicamente macro ed epidemiologici) quello della rispondenza degli obiettivi dichiarati ai risultati conseguiti in quanto modificazione reale dello stato di salute.

In quest'ambito è quindi fondamentale chiarire come la qualità non costituisca unicamente un elemento culturale e tecnologico ma una scelta in quanto fattore prioritario di soddisfazione per il cliente per cui l'ideologia dell'efficacia deve "permeare" tutta l'azienda sanitaria la cui impostazione deve fondarsi su tale paradigma in ogni ambito ed in ogni settore.

Il ruolo del management è quindi nodale nell'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie poiché da esso dipendono le modalità di utilizzo delle risorse, le scelte che continuamente devono essere effettuate, l'identificazione delle priorità operative e non ultima la gestione del personale; i dirigenti, ai diversi livelli, diventano allora i maggiori responsabili dell'impostazione e della gestione di programmi di qualità, in quanto tale progetto richiede per la realizzazione precise garanzie circa i processi e le scelte e costituisce un elemento irrinunciabile della cultura e della potenzialità manageriale⁴.

⁴ Le modalità di azione del management si evolvono da un comportamento produttivistico verso un orientamento connotato da "momenti della verità" in quanto elementi costitutivi del servizio che rappresentano gli elementi di contatto che si manifestano tra chi fornisce e chi riceve un servizio e

Ogni intervento deve allora essere inserito in un quadro strategico ideato dal management che è responsabile dei risultati quantitativi e dei livelli di profitto da raggiungere e che possiede le abilità per garantire e mantenere un continuo miglioramento della qualità.

Inoltre l'evoluzione della cultura della qualità nelle aziende sanitarie costituisce un ulteriore retaggio di questo insieme lavorativo; tale sviluppo si manifesta infatti nella definizione dei valori di base dell'azienda sanitaria, nella determinazione della strategia operativa di fondo, nel conferimento di valori alla qualità, nella ricerca del miglioramento continuo, nel coinvolgimento di tutto il personale⁵.

L'obiettivo del management nello sviluppo della qualità è quello di annullare i fattori critici che impediscono lo sviluppo di tale progetto in quanto è prerogativa di queste figure lavorative introdurre all'interno dell'azienda ospedale tale cultura, finalizzata a progettare nuovi strumenti e tecniche di gestione dei programmi, a definire le modalità con le quali approcciare problemi e decisioni in tale ottica, a stabilire le forme della programmazione operativa, a determinare i criteri di monitoraggio la realizzazione dei programmi di qualità e di valutare i risultati raggiunti.

Premesse fondamentali per l'introduzione della cultura della qualità risultano allora essere:

- i valori di base dell'azienda ospedale;
- le strategie operative di fondo;
- i significati attribuiti alla qualità;
- l'ideologia del miglioramento continuo;
- il coinvolgimento di tutto il personale.

Gestire un'azienda sanitaria in ambiente di qualità, significa perciò rendere ottimali le condizioni operative di differenti gruppi professionali al fine di erogare prestazioni efficaci, sicure e pertinenti, massimizzando l'utilizzo delle risorse umane, tecnologiche, economiche e strutturali disponibili⁶.

costituiscono i punti in cui i clienti percepiscono l'azienda; la strategia di qualità del servizio diventa quindi concezione imprenditoriale capace di ottenere risultati di cui l'azienda ha bisogno.

⁵ La cultura organizzativa determina percezioni e comportamenti degli operatori e comprende le attività ed i fenomeni, i valori e gli orientamenti e le linee guida che sono il prodotto di fatti passati ed i filtri di ciò che si percepisce in azienda.

La cultura della qualità richiede una trasformazione totale dei paradigmi di base per cui la realizzazione del cambiamento dipende dal grado di coscienza "ideologica" che connota effettivamente l'azienda.

La cultura della qualità si riferisce alle modalità con le quali vengono esaminate le problematiche, prese le decisioni e manifestati gli atteggiamenti nei confronti delle persone e delle situazioni aziendali; ciò significa che tutti i ruoli lavorativi presenti in azienda devono essere coscienti dell'importanza dello sviluppo degli elementi costitutivi tale cultura e cioè la condivisione dei valori, l'omogenizzazione degli atteggiamenti di fondo, lo sviluppo di comportamenti organici e spontanei.

⁶ Nel caso dei capi intermedi il ruolo rappresenta il sistema di attività e di mansioni che essi sviluppano ricoprendo una posizione aziendale di "addetti" alla risoluzione di problemi tecnici mediante comportamenti governati dalle conoscenze, alla pianificazione delle attività degli operatori che dipendono da loro, al coordinamento delle risorse umane, economiche e tecnologiche in funzione di obiettivi prefissati ed è definito dalle aspettative e dalle richieste di altri operatori e/o dei clienti.

Tale obiettivo comporta una rivoluzione culturale degli atteggiamenti, dei comportamenti, delle relazioni e della comunicazione in quanto, di fatto, l'attuale modello gestionale risulta essere una funzione dei bisogni di servizio piuttosto che dei bisogni del cliente-utente; infatti le modalità degli interventi rispondono a vincoli e margini dell'istituzione e dei suoi componenti anziché alla specificità dei problemi/bisogni di salute dai quali il servizio sanitario deriva la sua ragione d'essere.

Azione e ruolo del *middle management*

I capi intermedi delle aziende sanitarie ed in particolare di quelle ospedaliere, costituiscono un insieme strategico in quanto occupano una collocazione organizzativa nodale all'interno dei processi anche se sovente, in questo particolare comparto, i ruoli sviluppati non sono sempre propositivi, dovendo amministrare situazioni operative finalizzate a "mantenere" il funzionamento del settore aziendale loro affidato, a rafforzare maggiormente le competenze tecniche utilizzando relativamente le abilità gestionali e manageriali⁷.

In particolare, nel caso di avviamento di programmi di miglioramento improntati alla Qualità Totale, è necessario considerare l'eventualità che questi operatori preferiscano garantire le attività per le quali non sempre è necessario impiegare tutte le capacità proprie del ruolo per cui sono stati formati, mentre la loro posizione strategica all'interno dell'azienda sanitaria richiede loro di sviluppare una parte di pianificazione e di attivazione, in prima persona, del cambiamento qualitativo⁸; infatti l'impostazione

⁷ I valori di base del sistema sanità, condivisi da tutti quei soggetti che investono impegno personale e risorse economiche, gli "scopi" dei servizi che vengono prodotti e la forte presenza di lavoro umano che destina la propria attività a favore degli individui e della collettività, inducono a definire le istituzioni che operano in questo comparto aziende di erogazione.

Per queste istituzioni le risorse sono sovente insufficienti alla copertura del fabbisogno in quanto l'investimento è finalizzato a contrastare il rischio di sprechi, proprio dell'utilizzo di prodotti semigratuiti destinati sia a far fronte a bisogni di persone che vivono in condizioni di malessere sia a contribuire al miglioramento delle condizioni di vita; tali risorse possono condizionare i prodotti determinando caratteristiche di rigidità che possono compromettere la funzionalità dell'azienda e le sue attitudini a perseguire i propri fini.

⁸ La Qualità Totale si riferisce all'intera azienda sanitaria e ad ogni sua parte e costituisce sia il fattore strategico necessario ad identificare le caratteristiche di base indispensabili ad affrontare l'obiettivo della competizione sia l'elemento di gestione manageriale e di costruzione del modello culturale aziendale; altri elementi costitutivi del sistema Qualità Totale sono la percezione dei clienti circa la convenienza e quindi la competitività del rapporto valore/costo, la qualità intrinseca dei processi e delle prestazioni, le relazioni ed i comportamenti tra produttori e clienti all'interno dell'azienda, l'obiettivo del miglioramento continuo, la diffusione di tale pratica ad ogni elemento dell'azienda.

La Qualità Totale costituisce un "atteggiamento mentale" e cioè una "filosofia e prassi gestionale ispirata a criteri di miglioramento continuo di responsabilizzazione e coinvolgimento di tutta la struttura organizzativa e non solo di omogenea applicazione di metodologie sia tecniche che manageriali" [Pad91].

La determinazione modello di Qualità Totale da applicare è definita dall'insieme degli elementi coordinati inseriti in una "politica dell'efficacia" e permette di misurare la qualità dei prodotti, controllare i rischi, e correggere le disfunzioni organizzative.

I vantaggi impliciti per un'azienda sanitaria di un sistema di Qualità Totale può riferirsi

- all'incremento dello spirito collaborativo;
- al miglioramento dei rapporti interpersonali;

lavorativa di questo "quadro intermedio del management", è stata sovente finalizzata ad "interpretare" le realtà organizzative proprie delle Direzioni Sanitarie che richiedevano loro di ricoprire un ruolo gestionale "d'ordine" e li impegnava a governare le incertezze ed i punti di crisi in maniera funzionale alla struttura, non richiedendo di sviluppare competenze "altre" ma trascurando la loro capacità creativa nei processi gestionali⁹.

Di contro le capacità e la "pratica" di questi capi, possono essere la conseguenza di interventi pianificati ed anche dipendere da attività di auto-organizzazione, casuale o progettata, di singoli e/o di gruppi; se le tendenze evolutive aziendali sono finalizzate a determinare trasformazioni e miglioramenti ed hanno l'obiettivo di costruire un modello organizzativo improntato alla Qualità Totale, è indispensabile che questi manager intervengano sostanzialmente nei processi, esprimendosi con professionalità e con comportamenti organizzativi coerenti alle proprie aspettative ed a quelle dei clienti, interni ed esterni, anche se talvolta la connotazione generale dipende dall'impronta impressa dalle direzioni sanitarie.

Per il capo intermedio diventa non soltanto necessario lavorare per obiettivi utilizzando nei propri ambiti le specifiche capacità e competenze tecniche, le attitudini di analisi e di sintesi, l'autonomia e la discrezionalità, comunicando efficacemente e gestendo il proprio tempo in maniera ottimale, ma soprattutto sviluppare le proprie attività nella soluzione dei problemi di qualità, in supporto alle decisioni ed all'introduzione dell'innovazione.

Risultati di gestione ottimali in questa direzione, richiedono che il management intermedio delle aziende sanitarie sviluppi maggiore autonomia e goda di una maggiore responsabilizzazione e responsabilità circa i contenuti della Qualità Totale¹⁰ proprio perché il consenso ed il coinvolgimento di questi dirigenti circa i paradigmi della nuova ideologia della qualità sono funzionali al mutamento culturale dell'azienda e determinanti per la trasformazione organizzativa in quanto la condizione di

-
- all'aumento della soddisfazione degli operatori;
 - al miglioramento del clima interno;
 - alla crescita della soddisfazione dei clienti.

⁹ Il middle management cui ci si riferisce comprende le figure direzionali direttamente responsabili dell'organizzazione del personale on-line e cioè coloro che nel linguaggio corrente sono chiamati caposala, ai quali, accanto alla routine quotidiana propria di chi deve gestire gli operatori a più diretto contatto con il cliente, vengono richieste un'evoluzione del proprio ruolo, finalizzata a sviluppare le politiche della Qualità Totale disposte dall'alta dirigenza; la preparazione concreta dei programmi e la loro attuazione; la direzione e la guida dell'esecuzione dei progetti; la valutazione dei risultati delle attività di miglioramento; l'elaborazione di piani innovativi all'interno del sistema delle politiche aziendali; il giudizio ed il peso della qualità dei "prodotti" e dei processi per garantirne le peculiarità; la decisione delle priorità, delegando agli operatori la risoluzione tecnica dei problemi; la raccolta di dati ed informazioni sulla qualità delle prestazioni all'interno ed all'esterno dell'azienda, la loro analisi e predisposizione per la definizione degli standard di qualità; l'incoraggiamento delle attività degli operatori finalizzate al miglioramento; l'esame, la standardizzazione ed istituzionalizzazione delle innovazioni proposte; la definizione degli standard operativi finalizzati ad assicurare la qualità dei prodotti, di quelli generali, tecnici, di lavoro e di controllo; la ricerca dell'attuazione efficace del management interfunzionale secondo le linee guida delle politiche aziendali.

¹⁰ Il successo di tale trasformazione dipende dall'utilizzo, da parte del management intermedio, di un processo nel quale, alla fase di partecipazione all'elaborazione di un nuovo modello organizzativo sostenuto da un sistema di valori orientati alla Qualità Totale, segua il trasferimento e la diffusione delle nuove linee strategiche in tutta la struttura ospedaliera, promuovendone la condivisione e l'interiorizzazione.

"allineamento" di tutti gli attori afferenti alla struttura ospedaliera alle linee di una nuova cultura aziendale impedisce la formazione di effetti collaterali nocivi per il nuovo sistema organizzativo.

L'impegno complessivo di tutti gli attori della struttura è determinante per il cambiamento dei modelli culturali ed è reso possibile unicamente nel caso in cui i capi intermedi utilizzino una strategia di costruzione globale degli interventi di miglioramento fondata sullo sviluppo qualitativo del proprio ruolo, impiegando tutte le capacità di cui sono portatori secondo concettualizzazioni finalizzate a suscitare significati e valenze innovative e sottolineando le notevoli opportunità di cambiamento che derivano dal consenso¹¹.

Il cambiamento viene anche prodotto dall'attitudine del management a conseguire risultati qualitativi e quantitativi, dalla responsabilità individuale nel raggiungere risultati di qualità nell'organizzazione, dalla capacità di autovalutare i successi conseguiti.

Mentre l'alta dirigenza ha il dovere di indurre in tutta la struttura la "missione" ed i valori della Qualità Totale agendo quindi in maniera conforme a questa finalità, i quadri intermedi che partecipano ad un progetto "qualità" devono attribuire nuovi significati alla responsabilità, lealtà e iniziativa e possono raggiungere gli obiettivi del cambiamento ed impostare nuove strategie sviluppando rapporti nuovi e capacità originali nell'affrontare i livelli di incertezza, di ambiguità e di disagio collegati alla trasformazione di abitudini e di comportamenti¹².

Questo modello di comportamento richiede che i capi intermedi non "dirigano" i loro collaboratori ma li "assistano", condividendo con loro la propria esperienza, aiutandoli concretamente a sviluppare le capacità e l'autonomia, delegando loro molte funzioni per impegnarsi in compiti nuovi; essi hanno inoltre il compito di identificare le situazioni non idonee, di stabilire gli strumenti di controllo della Qualità Totale più adatti a definire i miglioramenti, di attivare la gestione tra funzioni finalizzata ad eliminare le difficoltà tra i reparti, di impostare sistemi di analisi del livello di soddisfazione dei clienti; mentre generalmente la determinazione del processo di

¹¹ Le caratteristiche di coloro che intendono affrontare e cooperare al mutamento culturale devono comprendere alcune proprietà quali:

- il convincimento circa i principi della Qualità Totale;
- la disponibilità a dedicarsi nel continuo a questo tipo di progetto;
- la sensazione di appartenenza all'organizzazione;
- la responsabilizzazione totale nei confronti dei risultati;
- la coscienza di saper lavorare "in squadra";
- la presa in carico del rischio e l'impegno circa le iniziative;

per cui l'energia che viene sviluppata dal management dipende dall'insieme di proprietà individuali quali il senso di responsabilità, l'iniziativa personale, il livello di resistenza al cambiamento, il "quanto" di lealtà "sentito" nei confronti dell'organizzazione.

¹² La missione riguarda sia la cultura sia la strategia, gli atteggiamenti e le modalità di relazione e definisce il modo di comportarsi dell'organizzazione.

Le missioni aziendali costituiscono le ragioni d'essere, gli obiettivi a lungo e medio termine, quelli di fondo e permanenti, i motivi per cui le organizzazioni sono state definite.

In particolare la missione aziendale fondamentale in regime di Qualità Totale è quella di "soddisfare in maniera eccellente i clienti", sia esterni che interni, dove l'eccellenza viene definita in riferimento alle attese degli utenti e dei fruitori e commisurata ai livelli di qualità della concorrenza.

controllo della Qualità Totale nelle aziende sanitarie deve essere affrontata dai diversi livelli del management che, per i ruoli differenti, si differenziano relativamente alle responsabilità ed all'esercizio dell'autorità, per i manager intermedi si richiede in particolare una revisione integrale dei propri comportamenti "da pensarsi" in funzione dei benefici che il controllo della Qualità Totale produce sui clienti e non esclusivamente in relazione al "profitto", non limitandosi cioè ad un atteggiamento partecipativo espresso unicamente nella definizione delle linee di principio, ma acquisendo "il senso di urgenza e la consapevolezza della necessità di soddisfare le esigenze del controllo nonché la determinazione a volerne l'applicazione".

La Qualità Totale nelle aziende sanitarie

La Qualità Totale costituisce un fattore cruciale nelle aziende sanitarie sia nei confronti del management che deve agire secondo linee guida finalizzate a creare un clima ed un ambiente in cui tale metodo possa svilupparsi, sia perché costituisce una componente fondamentale per le decisioni di "acquisto" da parte dei clienti esterni in quanto strumento dell'azienda sanitaria per la soddisfazione dell'utente-consumatore rispetto ai componenti il prodotto o il servizio, sia relativamente alla gestione delle attività dei clienti interni, sia infine perché rappresenta l'"ingrediente" fondamentale affinché l'azienda possa competere con i principali concorrenti.

La caratteristica principale della Qualità Totale è la pervasività non soltanto relativamente alle modalità di "produzione", ai risultati, all'affidabilità dei prodotti o dei servizi, ma anche per quanto riguarda il costante miglioramento dell'offerta; la Qualità Totale interessa perciò aspetti diversi della cultura aziendale, in particolare la cultura organizzativa e quella del cambiamento, gli atteggiamenti, la trasformazione dei comportamenti professionali, il sistema dei valori in atto e quello desiderabile, la complessità e la personalizzazione dei servizi, l'impegno all'interno dell'organizzazione del lavoro e costituisce un'entità raggiungibile, misurabile e "remunerante", suscettibile di essere introdotta nella struttura una volta che si comprenda ciò che essa costituisce e vi sia l'impegno a perseguirla.

Di conseguenza i successi dei programmi di Qualità Totale all'interno di un'azienda sanitaria sono legati alla creazione dei modelli culturali nella direzione della qualità, al rafforzamento di un ambiente e di un insieme di atteggiamenti che promuovano e che sostengano il miglioramento continuo ed alla definizione di standard di qualità il più elevati possibile.

La Qualità Totale in quanto "totale assenza di difetti nei prodotti e nei servizi forniti da un'organizzazione", costituisce allora una modalità sistematica di garanzia che tutte le attività aziendali si sviluppino nel modo in cui sono state efficacemente programmate ed è una "disciplina" propria del management in quanto crea atteggiamenti, abitudini, modalità d'azione e di comunicazione, attitudini e comportamenti e definisce metodi di monitoraggio che, rendendo possibile la prevenzione, favoriscono l'efficienza, la produttività ed il successo a lungo termine.

Il management, in particolare quello intermedio, è responsabile del miglioramento del rendimento dell'organizzazione in quanto persegue l'obiettivo di ottenere un

rendimento preferibile programmando di individuare e di eliminare gli ostacoli e le "crisi" che sorgono, nella convinzione che un cambiamento è desiderabile e fattibile nel lungo periodo in tutti gli aspetti delle attività dell'azienda sanitaria¹³.

Importanza della cultura in aziende sanitarie

Aziende sanitarie ed ospedali, in quanto strutture altamente complesse, necessitano di valori "orientati al servizio attenti alla qualità", di una solida struttura culturale funzionale allo sviluppo produttivo ed all'acquisizione di atteggiamenti "orientati al cliente" il cui comportamento ed i cui bisogni non possono essere integralmente standardizzati e predeterminati, di modalità efficaci a suggerire agli operatori come rispondere a situazioni difficili ed a bisogni non prevedibili.

La cultura aziendale fornisce ai membri dell'organizzazione i significati dell'agire, definisce le norme di comportamento e precisa l'orientamento al servizio, per cui le attività, i progetti ed i programmi di miglioramento producono gli effetti desiderati unicamente se adeguati a tale modello culturale e può essere utilizzata quale elemento descrittivo del clima interno in quanto ad essa appartengono i sistemi di norme, più o meno comuni e di valori condivisi dai soggetti che partecipano di un'azienda; più generalmente, fornisce le linee guida per l'azione in funzione di modelli operativi definiti, purché gli operatori condividano concetti analoghi e perseguano gli stessi obiettivi utilizzando le stesse procedure, giustificando tali atteggiamenti e convinzioni col fatto di far parte della stessa organizzazione.

La cultura aziendale diventa "cultura di servizio" solo se in azienda sono presenti la modalità ed il gusto di produrre ed erogare un servizio qualitativo mentre la fornitura di servizi ottimali al cliente interno ed ai clienti esterni utenti finali, viene considerata elemento di efficacia e norma di comportamento abituale; in questo caso, i manager sono "orientati al servizio" se esprimono "atteggiamenti e comportamenti che agiscono sulla qualità dell'azione reciproca" con i clienti per cui tale condizione definisce in maniera diretta le prestazioni di lavoro ed incrementa l'aspetto operativo della qualità percepita dal cliente stesso rafforzando inoltre la qualità tecnica di questi operatori.

La cultura aziendale, contraddistinta dall'orientamento al servizio, migliora cioè la qualità percepita mentre i capi intermedi, attuando soluzioni appropriate e personalizzate, sono in grado di "recuperare" condizioni di mal funzionamento o situazioni impreviste: in questo caso il servizio diventa la ragione d'essere per tutte le attività ed un "imperativo organizzativo" per cui questa considerazione gioca un ruolo prioritario e prevalente nel delineare la strategia della pianificazione e nell'attuare le attività di servizio.

¹³ L'attribuzione all'azienda sanitaria del suo "fare" avviene anche attraverso i significati che vengono conferiti ai valori in quanto regole di comportamento ed alle realtà pianificabili e trasformabili dalle quali dipendono le reali forme culturali dell'azienda.

La definizione di valori organizzativi "chiari" e la loro estensione ai capi intermedi possono qualificare le attività dell'organizzazione e suggerire gli orientamenti sui quali è possibile concordare ed aggregarsi; l'effettivo problema è poi quello di dare forma e divulgare con chiarezza e persuasione le linee guida circa "il modo giusto di operare" in modo che gli operatori possano farli proprii.

Nel settore sanitario gli obiettivi aziendali orientati verso un impegno produttivo innovativo e di qualità ed all'utilizzo di strumenti di miglioramento quale la Qualità Totale, rendono necessario trasformare gli elementi che definiscono la cultura e cioè le strategie, l'organizzazione, la gestione, le conoscenze e gli atteggiamenti.

Peso della cultura aziendale e dei valori condivisi

Per un capo intermedio qualità e produttività sono vincolate alla cultura aziendale in quanto migliorare le attività e la gestione significa essere riusciti a trasmettere nei modelli culturali dei collaboratori i contenuti di qualità e le linee operative efficaci proprie dell'organizzazione aziendale.

Il *middle management* apprende dalle caratteristiche della propria collocazione e modella le funzioni di ruolo all'interno di un ambiente innovativo ma connotato, a volte, da relative informazioni sui piani di qualità per cui fornisce risposte organizzative agli stimoli ed alle richieste di qualità provenienti dagli ambienti con "aggiustamenti e sviluppi incerti" circa i piani e l'utilizzo della Qualità Totale.

La "necessità di conoscere", per questo tipo di dirigenti, è indicatore della loro volontà di miglioramento in quanto diventa prioritario l'obiettivo di incrementare la propria efficacia; infatti all'insieme delle conoscenze di ruolo si aggiungono quelle proprie della Qualità Totale che riordinano e riorganizzano le nozioni e le abilità di cui sono in possesso in conoscenze integrate che definiscono ed esprimono la cultura.

La qualità dipende inoltre dalla cooperazione e dall'integrazione di risorse umane e tecnologiche per cui la strategia della cooperazione è conseguenza del tasso di partecipazione espresso all'interno sostenuta da tutti i membri ai vari livelli; una "cultura forte" è quindi determinante per incrementare la qualità e per poterla gestire efficacemente e con buona riuscita.

La concordanza all'interno dell'azienda motiva ulteriormente l'insieme dei capi intermedi le cui azioni si baseranno su un più accentuato fondamento strategico determinando il miglioramento delle attività ed il rafforzamento degli standard per cui diventa naturale applicarsi a tematiche e ad iniziative sottese da un sistema di valori condiviso.

Requisito fondamentale per il management intermedio è inoltre l'interesse qualitativo per i prodotti al quale deve corrispondere l'apprezzamento da parte dell'alta dirigenza.

La strategia, che contiene linee guida finalizzate a produrre servizi "di qualità", riveste il ruolo di indicatore dell'effettiva volontà dell'alta direzione nel delineare un modello organizzativo orientato all'utilizzo della Qualità Totale per cui, in questo caso, la definizione della missione costituisce l'elemento di base per disegnare il piano che verrà sviluppato in funzione di un modello aziendale generale e delle direttive proprie del mandato; la trasformazione della cultura aziendale e la creazione di una cultura di servizio costituiscono i prerequisiti per lo sviluppo della nuova strategia organizzativa che deve essere sostenuta e potenziata dall'alta dirigenza e successivamente mantenuta

per poter trasformare i comportamenti professionali e pianificare i processi di miglioramento.

Valori e norme deboli o non chiare producono schemi di riferimento ambigui, determinano situazioni di incertezza nelle situazioni in cui si richiede ai capi intermedi di reagire a condizioni gestionali difficili o di rispondere a richieste di efficienza quali, ad esempio, mitigare gli atteggiamenti poco flessibili degli operatori *on line* e di contatto, ovviare a tempi di attesa lunghi, prevenire le richieste e le reazioni dei clienti, influenzando quindi sulla percezione di qualità dei prodotti, ma soprattutto guidare i comportamenti dei collaboratori rendendoli capaci di agire in maniera efficace e di rispondere qualitativamente a richieste anche differenti.

Poiché i valori e le norme prevalenti condivise dal *middle management* concorrono a definire la cultura dell'azienda sanitaria che viene così caratterizzata dal fatto che tali dirigenti tendono ad incrementare ed a consolidare il sistema di valori comuni derivato dai modelli culturali di ruolo ed a stabilire il sistema di linee guida che li orienta nella loro azione gestionale ed organizzativa, il cambiamento da parte del *middle management* della cultura organizzativa "appresa" costituisce sia un efficace strumento di flessibilità e di efficienza sia un'azione di adattamento richiesta dall'introduzione di piani di miglioramento e di metodi propri della Qualità Totale che, se non sentiti, provocano solamente "comportamenti adeguati".

La cultura aziendale, in quanto insieme di valori condivisi dai membri dell'organizzazione, non costituisce un elemento che i capi intermedi sono disposti a "mettere in discussione" anche se il miglioramento determina la creazione di nuove situazioni circa i rapporti tra persone e definisce problemi di crescita e di evoluzione dell'organizzazione.

In questo quadro il ruolo dei capi intermedi è quello di creare le condizioni per definire le operazioni di miglioramento e per suscitare negli operatori nuove abilità e competenze funzionali nel caso in cui si siano svolte le stesse mansioni per lunghi periodi, influenzando sui comportamenti attraverso i fattori organizzativi e gestionali ed ottenendo comportamenti conformi alle strategie della Qualità Totale, quindi a situazioni qualitativamente innovative.

È necessario sottolineare che nelle situazioni aziendali sanitarie la velocità con la quale le organizzazioni "apprendono" può costituire un sostanziale vantaggio competitivo finalizzato a sviluppare il valore delle risorse e non soltanto all'ottenimento di pure realizzazioni di risultati d'impresa.

La dimensione culturale dell'azienda sanitaria contribuisce cioè alla determinazione di modelli innovativi di gestione delle risorse ed alla configurazione per il *middle management* di un nuovo ruolo che costituisce il punto di collegamento fra il sistema di valori ed il cambiamento organizzativo: nuovi modelli di gestione sono quindi introdotti nell'organizzazione da nuovi sistemi di valori.

Va infine detto che la "coincidenza" tra *middle management* e cultura definisce la cultura collettiva aziendale sotto forma di cultura nuova o di conferma di modelli esistenti e che la missione del *middle management* dipende non soltanto dalle "competenze distintive" proprie di questo tipo di "capo" e dall'ampiezza delle prerogative del ruolo ma anche dalla capacità di "coagulare" le energie aziendali, di

sviluppare lo spirito di appartenenza, di orientare i processi di identificazione in risposta agli obiettivi collettivi.

La conseguenza di tale concordanza all'interno dell'azienda motiva ulteriormente l'insieme dei capi intermedi le cui azioni si baseranno su un più accentuato fondamento strategico determinando il miglioramento delle attività ed il rafforzamento degli standard per cui diventa naturale applicarsi a tematiche e ad iniziative sottese da un sistema di valori condiviso.

Per un capo intermedio qualità e produttività sono quindi vincolate alla cultura aziendale in quanto migliorare le attività e la gestione significa essere riusciti a trasmettere nei modelli culturali dei collaboratori i contenuti di qualità e le linee operative efficaci proprie dell'organizzazione aziendale.

La cultura organizzativa e lo sviluppo

Lo sviluppo organizzativo definito dal *middle management* con un progetto di Qualità Totale implica un'idea evolutiva di miglioramento che evidenzia la capacità di affrontare la transizione da una fase tradizionale di gestione del *day by day* ad una caratterizzata da elementi di qualità.

La cultura si inserisce nei legami di relazione tra le componenti aziendali e diventa il "collante" della rete organizzativa; attraverso la dimensione "affettiva" e partecipativa dei propri membri precisa il sistema conoscitivo generale mentre l'organizzazione determina il sistema di competenze e stabilisce l'insieme di significati che gli appartenenti al *middle management* condividono e sistematizzano in regole di comportamento.

Questo tipo di processo evidenzia il "ruolo stabilizzante" della cultura funzionale all'organizzazione e sottolinea come i capi intermedi abbiano nei propri modelli culturali un patrimonio irrinunciabile che rappresenta un formidabile strumento di non resistenza al miglioramento e quindi all'operare in regime di qualità.

La cultura combina aspetti della struttura, dei processi e dei comportamenti e rappresenta il sistema dei significati, delle percezioni e dei pensieri che variano all'interno dell'azienda; attraverso l'accordo e la condivisione delle idee i manager sviluppano modalità di rapportarsi innovative in quanto i meccanismi di conoscenza dei capi intermedi producono e determinano i comportamenti dell'organizzazione aziendale e di conseguenza, le performance del gruppo dirigente.

Le trasformazioni del mercato, le innovazioni tecnologiche e la necessità di fornire risposte nuove alle richieste di salute dei clienti/fruitori/utenti/pazienti inducono i capi intermedi a non più adattarsi ma a rispondere "in maniera incrementale" quando la domanda assume connotazioni e proporzioni di crisi; tale fenomeno è particolarmente evidente per questo tipo di dirigenti che, usufruendo di una cultura preminente all'interno del settore, ha finora basato il proprio successo su fattori superati che, in realtà, possono aver rappresentato ostacoli al miglioramento dimostrando un modello di cultura rigido nelle situazioni problematiche ma adattivo in quelle in cui i miglioramenti richiedevano flessibilità organizzativa e diversità di risposta.

Situazioni di crisi possono determinare nel *middle management* una riduzione delle abilità e la discriminazione degli stimoli nei confronti della qualità e dei miglioramenti; in questo caso la risposta agli avvenimenti diventa rigida e ripetitiva e la routine quotidiana determina il "congelamento" e la "fissazione" dei comportamenti che producono modelli di riferimento culturali definiti e standardizzati; in questi casi, incrementando il controllo dei comportamenti e riducendo la significatività delle informazioni, i capi intermedi dimostrano poca capacità a rispondere al contesto che hanno attivato ed una relativa abilità ad agire sui vincoli ed a manovrare le opportunità per trasformare ed alimentare le proprie azioni per rispondere alle richieste di miglioramento.

Se il *middle management* sbaglia nell'identificare e nel conseguire gli obiettivi di qualità e di miglioramento, la coesività di gruppo diventa precaria, per cui la cultura risulta l'elemento sostanziale per ottenere il consenso e la stabilità e le azioni dell'organizzazione dipendono dagli sforzi di questi dirigenti.

La cultura del cambiamento

Le competenze dei capi intermedi, apprese nel corso delle attività, possono essere non adatte per definire programmi di miglioramento soprattutto perché proprie di organizzazioni che continuano a riprodurre modelli di comportamento che possono essere stati di successo fino a quando nuovi programmi non hanno richiesto cambiamenti radicali; in questo caso un persistente comportamento adattivo può impedire alle aziende di rivedere le modalità di risoluzione dei problemi e se da un lato la conoscenza radicata nella cultura la trasforma in valori cristallizzati e non discutibili, per cui i capi intermedi non vogliono adattarsi per non essere penalizzati nel momento in cui si sono assicurati vantaggi competitivi, dall'altro una maggior attenzione ai miglioramenti può riflettere sistemi di valore e notevoli differenze nelle relazioni mentre le diversità culturali determinano interpretazioni e risposte ai problemi a volte discordi.

Quindi le pratiche manageriali relative al cambiamento culturale riconoscono ed incoraggiano i comportamenti caratterizzati da pensiero sistemico, creatività, senso dell'efficacia e capacità organizzativa per cui si confermano elementi fondamentali di successo per capi intermedi sia le modalità attraverso le quali essi elaborano le proprie esperienze che evolvono a livello di gruppo/organizzazione sia i processi con i quali le informazioni vengono filtrate.

L'attitudine di vedere le connessioni tra gli eventi e tra i vari problemi da parte dei capi intermedi indica infine l'esistenza di una reciproca interdipendenza in grado di elaborare relazioni strutturali corrispondenti a connotazioni di qualità che dipendono dai modelli culturali che agiscono sia sulle capacità dei singoli che dell'organizzazione.

Conclusioni

Il coinvolgimento di una quota fondamentale del management, quello intermedio, collegato mediante efficaci canali di comunicazione e caratterizzato da modalità operative che favoriscano efficienti processi decisionali, determina e sviluppa una cultura innovativa derivata da una visione competitiva della qualità, definisce standard ed obiettivi ed induce una pratica della Qualità Totale in grado di estendersi all'intera azienda sanitaria con un processo di diffusione che si manifesta attraverso un'azione di trasformazione degli stili di direzione, dei comportamenti, dei modelli organizzativi e dei sistemi di valori.

La dirigenza di prima linea acquisisce uno status nuovo dalla consapevolezza di gestire le aree di miglioramento, di garantire i processi interfunzionali, di equilibrare il "potere verticale", di assicurare che gli obiettivi strategici compenetrino l'intera organizzazione aziendale e dall'impegno di raggiungere il massimo grado di coerenza tra gli obiettivi ai diversi gradi, curando la partecipazione e l'interazione tra i livelli.

Il management intermedio interviene sull'evoluzione degli obiettivi di qualità aziendali quando è in grado di sviluppare la coscienza di non doversi più limitare ad accettare le "intenzioni di miglioramento" provenienti dall'"alto" ma di essere in grado di proporre volontà originali, definendo nella fase operativa della pianificazione le finalità della propria efficacia, precisando di migliorare autonomamente obiettivi di processo all'interno della propria funzione ed obiettivi globali se riferiti a finalità interfunzionali e contribuendo alla mission globale dell'azienda sia dal punto di vista della qualità che dell'efficienza in un quadro di ottimizzazione globale dei prodotti.

Gli obiettivi dell'alta dirigenza si fondono con il sapere e l'esperienza del management intermedio e determinano i processi di miglioramento continuo monitorati sia attraverso le attività routinarie della gestione sia soprattutto per mezzo dei contenuti degli standard e dell'osservanza scrupolosa di norme, procedure e specifiche attuative della trasformazione, instaurando quindi un "circolo virtuoso di fasi" di controllo, di stabilizzazione e di miglioramento finalizzate a promuovere l'incremento delle conoscenze e lo sviluppo di successivi miglioramenti; diventa quindi obiettivo dei piani aziendali l'esame dei processi determinanti gli effetti che si vogliono migliorare¹⁴.

Contemporaneamente il tessuto di atti organizzativi e gestionali coerenti permette di sviluppare nuovi atteggiamenti e di manifestare una nuova cultura della Qualità Totale che si caratterizza attraverso elementi quali il "consenso" circa il cambiamento, la "scelta strategica" del miglioramento, l'idea del "miglioramento continuo", la consapevolezza della "centralità del cliente", la disposizione verso risultati di medio-lungo termine, il senso di "essere squadra" e di "far parte di una rete" cioè dei sistemi di

¹⁴ La visione costituisce l'immagine del futuro che l'azienda vuole trasformare in realtà e quindi in risultati qualitativi; la capacità di cambiare mostra l'efficienza dell'azienda, la sua flessibilità e la qualità della sua organizzazione. La vision è propria dell'alta dirigenza dell'azienda, si fonda su un ordinamento nuovo di eventi, rischi e opportunità; fornisce gli elementi essenziali per elaborare e giustificare tutta l'organizzazione; configura una condizione desiderabile e significativa; costituisce un punto di riferimento rispetto al quale capi intermedi ed operatori sono in condizione di manifestare i propri obiettivi e di costituire un modello al quale attenersi.

rapporti alimentati dall'informazione, la volontà-necessità di partecipare alla creazione di strategie, politiche ed obiettivi proprie dell'alta dirigenza.

La definizione di un sistema di coinvolgimento facilita la creazione di un clima favorevole al cambiamento che, a seguito della definizione della missione di Qualità Totale, può essere consolidato pianificando un processo di programmazione del miglioramento e di auto-valutazione dei risultati intesi come congruenza alle aspettative dei clienti che porta a definire e/o rivedere gli obiettivi e le strategie dell'azienda.

Un programma di Qualità Totale trasforma quindi l'azienda sanitaria in un sistema dinamico, definisce le caratteristiche determinanti il mutamento strutturale e crea l'ambiente opportuno nel quale il *middle management* sperimenta e realizza un insieme che persegue l'eccellenza.

La Qualità Totale rappresenta allora per il *middle management* non solo il mezzo per gestire la trasformazione della realtà, delle modalità operative e dei fattori che configurano la struttura aziendale e cioè la cultura della qualità, ma la strategia per formare e sensibilizzare gli operatori circa i paradigmi e le linee guida del miglioramento, per riesaminare i principali processi produttivi ed i microprocessi che li compongono e per ridefinire la struttura organizzativa.

Questo comportamento ha infine l'obiettivo di rimuovere la cattiva qualità di prodotti e processi, di poter valutare gli effetti ottenuti, di realizzare nella pratica i miglioramenti in funzione delle specifiche finalità prefissate coerentemente con gli obiettivi generali di qualità e di soddisfazione dei clienti operando un trasferimento di valore che dipende dall'incremento delle capacità dell'azienda.

Bibliografia

- Ancona D.G., Caldwell D.F. (1992), Bridging the boundary: external activity and performance in organizational teams, in «Administrative Science Quarterly», (37), n. 4.
- Argyris C. (1993), Superare le difese organizzative, Ed. Cortina, Milano.
- Argyris C., Schon D.A. (1978), Organizational learning: a theory of active perspective, Reading, Addison-Wesley.
- Barley S.R. Meyer G.W., Gash D.C. (1988), Cultures of culture: academics, practitioners and the pragmatics of normative control, «Administrative Science Quarterly», (33), n. 1.
- Bartunek J.M., Ringuet J.L. (1989), Enacting new perspectives through work activities during organizations transformation, «Journal of Management Studies», (26), n. 6.
- Battistelli P. (1992), La rappresentazione della soggettività: origini e sviluppo, Franco Angeli, Milano.
- Berg O.P. (1990), Management postmoderno?, «Sviluppo e organizzazione», (121), Sett./Ott.
- Boeri A. (1987), Cultura e processi di apprendimento nello sviluppo dell'impresa, «Studi organizzativi», (1).
- Bonazzi G. (1986), Fenomenologia e analisi organizzativa: i sistemi di senso, «Studi organizzativi», (1).
- Bonazzi G. (1991), Storia del pensiero organizzativo, Franco Angeli, Milano.
- Butera F. (1993), Nuove strutture flessibili per governare i processi, «L'Impresa», n. 7.
- Carmagnola F. (1994), Non sapere di sapere. Modelli di pensiero e immagini del mondo nell'analisi culturale dell'organizzazione, Etas, Milano.
- Carmagnola F., Varchetta G. (1994), Cartografie della complessità, «Sviluppo e Organizzazione», (146), Nov./Dic.
- Cartoccio A. Varchetta G. (1987), Cultura aziendale e sviluppo organizzativo, "Sviluppo e Organizzazione», (103).
- De Masi D., Pepe D. (a cura di) (1989), I modelli organizzativi tra conoscenza e realtà, Franco Angeli, Milano.
- Gagliardi P. (a cura di) (1986), Le imprese come culture. Nuove prospettive di analisi organizzativa, Isedi, Torino.
- Gagliardi P. (1993), Riflessioni su conoscenza, organizzazioni e management, «L'Impresa», n. 6.
- Gualmini E. (1991), Innovazione e legami deboli: modelli d'azione e di apprendimento, «Studi Organizzativi», (3-4).
- Habermas J. (1986), Teoria dell'agire comunicativo, Il Mulino, Bologna.

- Haneklin C., Aretino G. (1993), *Pensiero organizzativo e azione manageriale*, Cortina Ed., Milano.
- Kiesler S., Sproull L. (1982), Managerial response to changing environments: perspectives on problem sensing from social cognition, «Administrative Science Quarterly», (27), n. 3.
- Lanzara G.F. (1993), *Capacità negativa*, Il Mulino, Bologna.
- Lyles M., Schwenk C. (1992), Top management, strategy and organizational knowledge structures, «Journal of Management Studies», (29).
- Maggi B. (1990), *Razionalità e benessere*, Milano, Etas Kompass.
- Manz C., Sims H.P. Jr. (1987), Leadingworkers to lead themselves: the external leadership, «Administrative Science Quarterly», (32), n. 1.
- March J.G., Sproull L.S., Tamuz M. (1992), Apprendere dalle eccezioni, «Sviluppo e Organizzazione», (129), Gen./Febb.
- Mizuno S. (1992), *Fare qualità*, Isedi, Torino.
- Orton D.J., Weick K.E. (1990), I sistemi organizzativi a connessione debole, «Sviluppo e Organizzazione», n. 120.
- Pierotti H. (1994), Learning organization. Nuove frontiere della formazione, «L'Impresa», n. 2.
- Schein H.E. (1986), Coming to a new awareness of organizational culture, in Gagliardi P., «Le imprese come culture», Isedi, Torino.
- Schein H.E. (1987), Cultura organizzativa e processi di cambiamenti aziendali, «Sviluppo e Organizzazione», n. 103.
- Snow C.C., Miles R.E. (1992), Causes of failures in Networ Organizations, «California Management Review», Summer.
- Strati A. (1986), Lavoro e simbolismo organizzativo, «Studi Organizzatiti», (2-3).
- Varchetta G. (1993), *La solidarietà organizzativa*, Guerini e Associati, Milano.
- Varchetta G., Sampietro G. (1994), Il management trasversale accresce il dialogo in azienda, «L'Impresa», n. 2.
- Vino A. (1990), Processi cognitivi e apprendimento nelle organizzazioni, «Studi Organizzativi», n. 3.
- Watzlawick P. (1988), *La realtà inventata (a cura di)*, Feltrinelli, Milano.

WORKING PAPER SERIES (1997-1993)

1997

- 1/97 *Multinationality, diversification and firm size. An empirical analysis of Europe's leading firms*, by Stephen Davies, Laura Rondi and Alessandro Sembenelli, January
- 2/97 *Qualità totale e organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie*, by Gian Franco Corio, January
- 3/97 *Reorganising the product and process development in Fiat Auto*, by Giuseppe Calabrese, February
- 4/97 *Buyer-supplier best practices in product development: evidence from car industry*, by Giuseppe Calabrese, April
- 5/97 *L'innovazione nei distretti industriali. Una rassegna ragionata della letteratura*, by Elena Ragazzi, April
- 6/97 *The impact of financing constraints on markups: theory and evidence from Italian firm level data*, by Anna Bottasso, Marzio Galeotti and Alessandro Sembenelli, April
- 7/97 *Capacità competitiva e evoluzione strutturale dei settori di specializzazione: il caso delle macchine per confezionamento e imballaggio*, by Secondo Rolfo, Paolo Vaglio, April
- 8/97 *Tecnologia e produttività delle aziende elettriche municipalizzate*, by Giovanni Fraquelli and Piercarlo Frigero, April
- 9/97 *La normativa nazionale e regionale per l'innovazione e la qualità nelle piccole e medie imprese: leggi, risorse, risultati e nuovi strumenti*, by Giuseppe Calabrese, June
- 10/97 *European integration and leading firms' entry and exit strategies*, by Steve Davies, Laura Rondi and Alessandro Sembenelli, April
- 11/97 *Does debt discipline state-owned firms? Evidence from a panel of Italian firms*, by Elisabetta Bertero and Laura Rondi, July
- 12/97 *Distretti industriali e innovazione: i limiti dei sistemi tecnologici locali*, by Secondo Rolfo and Giampaolo Vitali, July
- 13/97 *Costs, technology and ownership form of natural gas distribution in Italy*, by Giovanni Fraquelli and Roberto Giandrone, July
- 14/97 *Costs and structure of technology in the Italian water industry*, by Paola Fabbri and Giovanni Fraquelli, July
- 15/97 *Aspetti e misure della customer satisfaction/dissatisfaction*, by Maria Teresa Morana, July
- 16/97 *La qualità nei servizi pubblici: limiti della normativa UNI EN 29000 nel settore sanitario*, by Efisio Ibba, July
- 17/97 *Investimenti, fattori finanziari e ciclo economico*, by Laura Rondi and Alessandro Sembenelli, rivisto sett. 1998
- 18/97 *Strategie di crescita esterna delle imprese leader in Europa: risultati preliminari dell'utilizzo del data-base Ceris "100 top EU firms' acquisition/divestment database 1987-1993"*, by Giampaolo Vitali and Marco Orecchia, December
- 19/97 *Struttura e attività dei Centri Servizi all'innovazione: vantaggi e limiti dell'esperienza italiana*, by Monica Cariola, December
- 20/97 *Il comportamento ciclico dei margini di profitto in presenza di mercati del capitale meno che perfetti: un'analisi empirica su dati di impresa in Italia*, by Anna Bottasso, December

1996

- 1/96 *Aspetti e misure della produttività. Un'analisi statistica su tre aziende elettriche europee*, by Donatella Cangialosi, February
- 2/96 *L'analisi e la valutazione della soddisfazione degli utenti interni: un'applicazione nell'ambito dei servizi sanitari*, by Maria Teresa Morana, February
- 3/96 *La funzione di costo nel servizio idrico. Un contributo al dibattito sul metodo normalizzato per la determinazione della tariffa del servizio idrico integrato*, by Giovanni Fraquelli and Paola Fabbri, February
- 4/96 *Coerenza d'impresa e diversificazione settoriale: un'applicazione alle società leaders nell'industria manifatturiera europea*, by Marco Orecchia, February
- 5/96 *Privatizzazioni: meccanismi di collocamento e assetti proprietari. Il caso STET*, by Paola Fabbri, February
- 6/96 *I nuovi scenari competitivi nell'industria delle telecomunicazioni: le principali esperienze internazionali*, by Paola Fabbri, February
- 7/96 *Accordi, joint-venture e investimenti diretti dell'industria italiana nella CSI: Un'analisi qualitativa*, by Chiara Monti and Giampaolo Vitali, February
- 8/96 *Verso la riconversione di settori utilizzatori di amianto. Risultati di un'indagine sul campo*, by Marisa Gerbi Sethi, Salvatore Marino and Maria Zittino, February
- 9/96 *Innovazione tecnologica e competitività internazionale: quale futuro per i distretti e le economie locali*, by Secondo Rolfo, March

- 10/96 *Dati disaggregati e analisi della struttura industriale: la matrice europea delle quote di mercato*, by Laura Rondi, March
- 11/96 *Le decisioni di entrata e di uscita: evidenze empiriche sui maggiori gruppi italiani*, by Alessandro Sembenelli and Davide Vannoni, April
- 12/96 *Le direttrici della diversificazione nella grande industria italiana*, by Davide Vannoni, April
- 13/96 *R&S cooperativa e non-cooperativa in un duopolio misto con spillovers*, by Marco Orecchia, May
- 14/96 *Unità di studio sulle strategie di crescita esterna delle imprese italiane*, by Giampaolo Vitali and Maria Zittino, July. **Not available**
- 15/96 *Uno strumento di politica per l'innovazione: la prospezione tecnologica*, by Secondo Rolfo, September
- 16/96 *L'introduzione della Qualità Totale in aziende ospedaliere: aspettative ed opinioni del middle management*, by Gian Franco Corio, September
- 17/96 *Shareholders' voting power and block transaction premia: an empirical analysis of Italian listed companies*, by Giovanna Nicodano and Alessandro Sembenelli, November
- 18/96 *La valutazione dell'impatto delle politiche tecnologiche: un'analisi classificatoria e una rassegna di alcune esperienze europee*, by Domiziano Boschi, November
- 19/96 *L'industria orafa italiana: lo sviluppo del settore punta sulle esportazioni*, by Anna Maria Gaibisso and Elena Ragazzi, November
- 20/96 *La centralità dell'innovazione nell'intervento pubblico nazionale e regionale in Germania*, by Secondo Rolfo, December
- 21/96 *Ricerca, innovazione e mercato: la nuova politica del Regno Unito*, by Secondo Rolfo, December
- 22/96 *Politiche per l'innovazione in Francia*, by Elena Ragazzi, December
- 23/96 *La relazione tra struttura finanziaria e decisioni reali delle imprese: una rassegna critica dell'evidenza empirica*, by Anna Bottasso, December

1995

- 1/95 *Form of ownership and financial constraints: panel data evidence on leverage and investment choices by Italian firms*, by Fabio Schiantarelli and Alessandro Sembenelli, March
- 2/95 *Regulation of the electric supply industry in Italy*, by Giovanni Fraquelli and Elena Ragazzi, March
- 3/95 *Restructuring product development and production networks: Fiat Auto*, by Giuseppe Calabrese, September
- 4/95 *Explaining corporate structure: the MD matrix, product differentiation and size of market*, by Stephen Davies, Laura Rondi and Alessandro Sembenelli, November
- 5/95 *Regulation and total productivity performance in electricity: a comparison between Italy, Germany and France*, by Giovanni Fraquelli and Davide Vannoni, December
- 6/95 *Strategie di crescita esterna nel sistema bancario italiano: un'analisi empirica 1987-1994*, by Stefano Olivero and Giampaolo Vitali, December
- 7/95 *Panel Ceris su dati di impresa: aspetti metodologici e istruzioni per l'uso*, by Diego Margon, Alessandro Sembenelli and Davide Vannoni, December

1994

- 1/94 *Una politica industriale per gli investimenti esteri in Italia: alcune riflessioni*, by Giampaolo Vitali, May
- 2/94 *Scelte cooperative in attività di ricerca e sviluppo*, by Marco Orecchia, May
- 3/94 *Perché le matrici intersettoriali per misurare l'integrazione verticale?*, by Davide Vannoni, July
- 4/94 *Fiat Auto: A simultaneous engineering experience*, by Giuseppe Calabrese, August

1993

- 1/93 *Spanish machine tool industry*, by Giuseppe Calabrese, November
- 2/93 *The machine tool industry in Japan*, by Giampaolo Vitali, November
- 3/93 *The UK machine tool industry*, by Alessandro Sembenelli and Paul Simpson, November
- 4/93 *The Italian machine tool industry*, by Secondo Rolfo, November
- 5/93 *Firms' financial and real responses to business cycle shocks and monetary tightening: evidence for large and small Italian companies*, by Laura Rondi, Brian Sack, Fabio Schiantarelli and Alessandro Sembenelli, December

Free copies are distributed on request to Universities, Research Institutes, researchers, students, etc.

Please, write to:

MARIA ZITTINO, Working Papers Coordinator, CERIS-CNR

Via Real Collegio, 30; 10024 Moncalieri (Torino), Italy

Tel. +39 011 6824.914; Fax +39 011 6824.966; m.zittino@ceris.cnr.it; <http://www.ceris.cnr.it>