



**FACOLTÀ DI SCIENZE ECONOMICHE E GIURIDICHE**

---

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN LM77 MANAGEMENT**

*Tesi di Laurea in*  
**SOCIOLOGIA GENERALE**

**COME USARE LE RISORSE UMANE  
EFFICACEMENTE PER CREARE UN  
NETWORK IMPRENDITORIALE DI SUCCESSO.**

**Il modello Andrea Battella**

RELATORE  
Chiar.mo Prof.  
ALESSANDRO FABBRI

CANDIDATA  
BEATRICE BRESCHI  
MATR. 0772301483

Anno Accademico 2024-2025

*Ai miei genitori, che mi supportano,  
dimostrandomi costantemente quanto credano in me.*

*A mia sorella, che mi ha tanto desiderata e che ringrazio  
per avermi dato l'onore di essere sua sorella e zia della piccola Alle.*

*A Daniele, che mi sopporta e mi guarda sempre come fossi la cosa più bella,  
anche quando sono noiosa.*

*A Bolla e Moretto, che hanno studiato con me,  
più dormendo che studiando davvero.*

*Ai miei nonni, a chi c'è e chi non c'è più.*

*Ad Andrea, non solo datore di lavoro, ma leader, uno di quelli veri.*

*A me stessa, perché anche questa volta ce l'ho fatta.*

*Vi amo tantissimo.*

## INDICE

INTRODUZIONE	5
Capitolo primo LE RISORSE UMANE E LA LEADERSHIP NEI SERVIZI SANITARI: APPROCCI SOCIOLOGICI, MODELLI ORGANIZZATIVI E CAPITALE UMANO	8
1.1 Le trasformazioni del sistema sanitario contemporaneo	8
1.2 Le organizzazioni sanitarie come sistemi complessi	9
1.3 Le professioni sanitarie: identità, ruoli ed evoluzione	11
1.4 La gestione delle risorse umane nei servizi sanitari	12
1.5 Il capitale umano come vantaggio competitivo nei servizi sanitari	14
1.6 La leadership nei servizi sanitari	17
1.7 Cultura organizzativa e qualità dei servizi sanitari	21
1.8 Sistemi sanitari e modelli organizzativi	22
1.9 Le reti professionali ed i network sanitari	24
1.10 Le sfide contemporanee del management sanitario	26
Capitolo secondo IL PERCORSO IMPRENDITORIALE DI ANDREA BATTELLA	29
2.1 Le origini: contesto, motivazioni e nascita di un modello	29
2.2 Dalla prima struttura al modello multipolare: la crescita come processo organizzativo	33
2.3 Il capitale umano come motore della crescita: persone, cultura e professionalità	37
2.4 Dalla teoria alla pratica: come gli strumenti del modello Fisioterapia Italia trasformano il funzionamento dei centri sanitari	41
2.5 L'impatto dei materiali formativi di Fisioterapia Italia sulla professionalizzazione del modello Battella	47
2.6 La trasformazione del modello Battella: dall'apprendimento alla consulenza strategica	51
Capitolo terzo LA GESTIONE STRATEGICA DELLE PERSONE NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE: TEORIA, MODELLI E APPLICAZIONI NEL FISIO MEDICAL GROUP	56
3.1 Struttura organizzativa e ruoli chiave: il modello di Andrea Battella	56
3.2 Comunicazione interna e motivazione del personale	59
3.3 La selezione e la fidelizzazione dei collaboratori	64
3.4 La leadership operativa e strategica nelle strutture sanitarie: il	73

modello di Andrea Battella	
3.5 la gestione dell'esperienza del paziente come competenza organizzativa	76
3.6 Sistemi di controllo, monitoraggio e miglioramento continuo	78
3.7 Gestione dei conflitti e strategie di prevenzione organizzativa	81
3.8 La centralità del front office come leva strategica del modello	82
3.9 Il modello gestionale applicato nelle strutture del network	83
 Capitolo quarto	
IL NETWORK OGGI E LE PROSPETTIVE FUTURE	88
4.1 Analisi attuale del network dei centri	88
4.2 Gestione della concorrenza e posizionamento strategico	89
4.3 Innovazione, digitalizzazione e ristrutturazione dei centri	91
4.4 Obiettivi futuri e sostenibilità del modello	91
4.5 Collaborazioni strategiche e diffusione del modello	93
4.6 Progetto nazionale 2026: verso un ecosistema di qualità sanitaria	93
4.7 Sostenibilità a lungo termine e prospettive 2027-2030	94
 Capitolo quinto	
L'INTERVISTA QUALITATIVA ED I SUOI VANTAGGI: INTERVISTIAMO ANDREA BATTELLA	96
5. 1 La ricerca sociale e le sue pratiche	96
5.2 Metodi e tecniche della ricerca sociale	99
5.3 Le tecniche qualitative	101
5.4 L'intervista qualitativa	102
5.5 L'intervista ad Andrea Battella	102
 CONCLUSIONI	106
 FONTI	111
Bibliografia	111

## INTRODUZIONE

Il settore dei servizi sanitari privati ha conosciuto, negli ultimi anni, una crescita significativa, trainata dall'aumento della domanda di prestazioni personalizzate, dall'innovazione tecnologica e dalla ricerca di modelli organizzativi più flessibili e orientati alla qualità<sup>1</sup>. In tale contesto, la gestione delle risorse umane rappresenta una leva strategica fondamentale per il successo e la sostenibilità delle imprese: il capitale umano diventa un elemento determinante per la competitività, la reputazione e la capacità di innovazione delle organizzazioni<sup>2</sup>.

L'efficacia con cui un'impresa riesce a selezionare, motivare e valorizzare le proprie risorse umane incide direttamente sulla qualità dei servizi offerti e sulla capacità di generare valore nel lungo periodo. Nei settori ad alta intensità relazionale, come quello sanitario, la componente umana costituisce il principale veicolo di fiducia, continuità e differenziazione competitiva<sup>3</sup>.

L'esperienza di *Andrea Battella* rappresenta un caso emblematico di come la gestione efficace delle persone possa tradursi in un modello imprenditoriale di successo. Socio e manager di diverse strutture sanitarie private distribuite tra *Toscana, Emilia-Romagna e Liguria* e consulente strategico di numerosi poliambulatori presenti sul territorio nazionale, *Battella* ha costruito nel tempo un network sanitario integrato fondato su valori condivisi, collaborazione professionale e innovazione gestionale. La sua esperienza consente di analizzare in modo concreto come la valorizzazione del capitale umano e la diffusione di una cultura organizzativa comune possano favorire la crescita coordinata di più realtà imprenditoriali, mantenendo al contempo standard qualitativi elevati e una forte identità di brand.

---

<sup>1</sup> P. Drucker, *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*, New York, Harper & Row, 1973, pp. 5-15.

<sup>2</sup> G. Becker, *Human Capital*, Chicago, University of Chicago Press, 1993, pp. 3-19.

<sup>3</sup> H. Mintzberg, *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979, pp. 112-130.

L'analisi si concentra sul legame tra leadership, organizzazione e sviluppo delle risorse umane, approfondendo i meccanismi che hanno reso possibile la creazione e il consolidamento di un sistema di centri sanitari capaci di operare in sinergia, pur mantenendo una propria autonomia gestionale. Particolare attenzione viene dedicata ai processi di selezione, formazione e motivazione del personale, alla costruzione di una comunicazione interna efficace e alla capacità di adattarsi alle sfide del mercato in un settore fortemente competitivo.

Il caso di studio offre infine spunti di riflessione più ampi sul ruolo del capitale umano come fattore abilitante per la crescita sostenibile delle imprese sanitarie, evidenziando come la combinazione di visione strategica, competenza manageriale e attenzione alle persone possa costituire la base per un modello imprenditoriale innovativo, replicabile e duraturo nel tempo.

La tesi si compone di cinque capitoli: il primo è dedicato alle risorse umane e al loro utilizzo nei settori sanitari privati, oltre che al ruolo della leadership, del capitale umano e dei modelli organizzativi in questi ambiti, mentre gli altri quattro capitoli sono dedicati al percorso imprenditoriale di *Battella*, il caso di studio vero e proprio, scelto proprio per evidenziare come sia fondamentale, in un settore come la sanità privata, un utilizzo efficace delle risorse umane, che si traduce poi in un'ottima gestione dell'organizzazione dal punto di vista tecnico e sanitario: le risorse umane infatti sono fondamentali in questo ambito, poiché tramite esse il paziente decide di tornare in quel determinato centro o poliambulatorio e di mettere in atto un passaparola positivo, trainato dalla sua esperienza personale che risulta quanto mai fondamentale.

Scopo della tesi infatti è quello di dimostrare come le risorse umane siano il motore di un'organizzazione efficace ed efficiente e come siano il fulcro di un network che lavora bene: il modello di *Andrea Battella* infatti rappresenta proprio questa idea, dalla creazione di una piccola realtà come *Fisiorehab 360*, fino ad arrivare ad oggi con 15 centri in tutta Italia, con l'idea di progredire ancora e di portare il suo modo di operare a conoscenza di chi vorrebbe intraprendere un percorso come il suo.

Le risorse umane in un'organizzazione devono essere uno dei pilastri fondamentali sui quali basarsi per costruire un'azienda di successo e per sviluppare un network in grado di progredire ed ampliarsi, sia dal punto di vista organizzativo che a livello di competenze, tecniche e manageriali.

Battella ci mostra come, attraverso corsi di formazione dedicati ed ore di apprendimento, sia sue che dei suoi dipendenti, sia possibile creare una rete di persone, che condividono gli stessi obiettivi, gli stessi valori e soprattutto nutrono una grande fiducia verso chi li guida, in questo caso *Battella* stesso, che dimostra come il vero leader non sia chi comanda i suoi dipendenti senza dare spiegazioni, ma al contrario chi si mette al tavolo con loro e cerca di capire se e dove siano i punti di forza, ma soprattutto i punti di debolezza per fornire loro una chiave di lettura per determinate situazioni ed una modalità di risoluzione dei conflitti, che possono crearsi sia internamente all'organizzazione, che esternamente, tra dipendenti e persone esterne.



## Capitolo primo

# LE RISORSE UMANE E LA LEADERSHIP NEI SERVIZI SANITARI: APPROCCI SOCIOLOGICI, MODELLI ORGANIZZATIVI E CAPITALE UMANO

### 1.1 *Le trasformazioni del sistema sanitario contemporaneo*

Negli ultimi decenni, il sistema sanitario ha attraversato una trasformazione profonda, sia in Italia che a livello internazionale. Le organizzazioni sanitarie operano oggi in un contesto caratterizzato da crescente complessità, domanda di servizi sempre più diversificata, aumento delle cronicità, cambiamenti demografici e innovazioni tecnologiche che modificano in modo sostanziale i modelli di cura. Come evidenzia *Giarelli*, la sanità va interpretata come un *sistema sociale multilivello*, in cui attori politici, professionali economici e organizzativi vi interagiscono costantemente generando dinamiche complesse<sup>4</sup>.

L'Italia, in particolare, presenta un sistema sanitario pubblico universalistico, ma fortemente differenziato su base regionale, con una presenza crescente di attori privati accreditati e non accreditati che contribuiscono in modo significativo all'offerta di servizi. Secondo *Toth*, i sistemi sanitari moderni non possono essere compresi senza considerare le loro dimensioni storiche, politiche ed istituzionali, che influenzano profondamente la governance, il funzionamento organizzativo e la qualità dell'assistenza<sup>5</sup>.

In questo quadro, i servizi sanitari privati – come poliambulatori, centri di fisioterapia e strutture specialistiche – assumono un ruolo cruciale nel rispondere ai bisogni emergenti della popolazione, integrando l'offerta pubblica e introducendo modelli organizzativi più flessibili. Tale evoluzione richiede nuove competenze gestionali e, soprattutto, un'attenzione crescente alla valorizzazione delle risorse umane.

---

<sup>4</sup> G. Giarelli, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Milano, FrancoAngeli, 1998, pp. 15-16.

<sup>5</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014, pp. 22-27.

## 1.2 Le organizzazioni sanitarie come sistemi complessi

Le organizzazioni sanitarie non possono essere interpretate come strutture lineari o meccaniche. La letteratura le descrive come *sistemi complessi adattivi*, caratterizzati da molteplici livelli di interazione fra attori, tecnologie, processi clinici, ruoli professionali e vincoli istituzionali. *Salvatore* definisce le strutture sanitarie come «sistemi relazionali intricati, nei quali la qualità dell'assistenza dipende dalla qualità delle relazioni tra gli attori»<sup>6</sup>.

Questo approccio relazionale sposta l'attenzione dalla dimensione puramente tecnica del lavoro clinico verso la dimensione sociale, organizzativa e comunicativa. In un sistema complesso:

- Le decisioni sono distribuite, non centralizzate
- I processi non sono sempre prevedibili
- Le interazioni fra professionisti influenzano direttamente gli esiti
- La comunicazione interna diventa un elemento essenziale di qualità

Il contributo della sociologia della salute, come evidenziato da *Corposanto*, consiste nel mostrare come la salute sia il risultato di un intreccio tra fattori individuali, culturali, economici e organizzativi<sup>7</sup>. Pertanto, la gestione delle risorse umane non può essere separata dal contesto in cui le persone operano: un sistema complesso richiede forme avanzate di coordinamento, leadership condivisa e costruzione di significati comuni.

In questo contesto, le strutture sanitarie private – poliambulatori, centri di riabilitazione, studi associati – assumono dinamiche ancora più marcate: la competizione, le aspettative dei pazienti e la necessità di efficienza organizzativa rendono la gestione delle persone un elemento decisivo per la sostenibilità.

La sociologia della salute ha mostrato come le organizzazioni sanitarie non possano essere interpretate unicamente come strutture tecniche orientate alla cura,

---

<sup>6</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, Napoli, Edizione Albano, 2006, pp. 32-34.

<sup>7</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015, pp. 17-22.

ma debbano essere comprese come istituzioni sociali complesse, caratterizzate da relazioni, norme, ruoli professionali, interazioni e dinamiche di potere.

Secondo *Tousijn*, i servizi sanitari rappresentano un “campo professionale stratificato”, nel quale differenti professioni, con diverse storie e identità, interagiscono producendo sia cooperazione che conflitto<sup>8</sup>.

L’approccio sociologico permette di individuare tre dimensioni fondamentali delle organizzazioni sanitarie:

1. *Dimensione istituzionale*, costituita da Stati, Regioni, enti regolatori e sistemi di accreditamento che influenzano in modo profondo la struttura dei servizi, la tipologia delle prestazioni, gli standard di qualità e la relazione pubblico–privato

Come ricorda *Toth*, il sistema sanitario italiano è un "mosaico" complesso in cui il Servizio Sanitario Nazionale convive con un settore privato in continua espansione, generando modelli differenziati tra territori<sup>9</sup>

2. *Dimensione professionale* formata da medici, fisioterapisti, infermieri, tecnici, amministrativi e figure di front office che costituiscono un sistema di ruoli specializzati ed operano con un alto livello di autonomia professionale. Le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da tre elementi principali, che sono l’interdipendenza professionale, la cooperazione necessaria ed i potenziali conflitti di ruolo.

*Tousijn* evidenzia come la gestione di queste dinamiche richieda modelli di leadership differenti rispetto a quelli del settore industriale<sup>10</sup>

3. *Dimensione relazionale e simbolica*: parliamo di questa relazione poiché le organizzazioni sanitarie sono anche luoghi di emozioni ad alta intensità, aspettative sociali, situazioni di vulnerabilità, interazioni con pazienti e famiglie.

Per questo *Salvatore* sostiene che la sanità sia un sistema “relazionale”, nel quale la qualità del servizio dipende dalla qualità delle relazioni e dei processi

---

<sup>8</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, in C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute*, vol. 1, Milano, FrancoAngeli, 2004, pp. 14-18

<sup>9</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., pp. 21-25.

<sup>10</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 41-45.

comunicativi interni<sup>11</sup>.

L'implicazione centrale di quanto detto è che la complessità delle organizzazioni sanitarie rende indispensabile un management consapevole, capace di integrare diversi aspetti tra loro interconnessi, che sono la sociologia, la psicologia, l'organizzazione aziendale e le competenze professionali.

### 1.3 *Le professioni sanitarie: identità, ruoli ed evoluzione*

Le professioni sanitarie costituiscono il cuore del sistema salute. La loro evoluzione è al centro di numerosi studi sociologici, poiché rappresentano una componente fondamentale nella qualità e nella sicurezza dell'assistenza. *Tousijn* sottolinea che le *professioni sanitarie* non sono semplici ruoli tecnici, ma *istituzioni sociali* caratterizzate da identità professionali, norme, valori e relazioni di potere<sup>12</sup>.

Nel contesto contemporaneo, le professioni della salute hanno vissuto tre trasformazioni principali:

1. *Professionalizzazione avanzata*: aumento delle competenze, ampliamento delle responsabilità e maggiore autonomia clinica
2. *Interdisciplinarietà*: crescente necessità di lavorare in équipe multiprofessionali
3. *Riorganizzazione produttiva*: spostamento verso modelli più orientati all'efficienza, al risultato e alla qualità percepita dal paziente.

La letteratura evidenzia che la qualità dei servizi sanitari dipende non solo dalle competenze tecniche, ma anche dalla capacità delle professioni di collaborare efficacemente, comunicare, condividere obiettivi e partecipare ai processi decisionali. La gestione delle risorse umane nei servizi sanitari deve quindi tener conto delle dinamiche professionali e del loro impatto sull'organizzazione.

---

<sup>11</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 29-33.

<sup>12</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 60-65.

#### 1.4 *La gestione delle risorse umane nei servizi sanitari*

La letteratura internazionale considera la *gestione delle risorse umane (HRM)* un elemento determinante per la qualità dell'assistenza, la sicurezza del paziente e la sostenibilità dei servizi. *Leone et al.* sottolineano che un'efficace gestione del personale sanitario non riguarda soltanto la selezione o la formazione, ma comprende anche «la costruzione di ambienti organizzativi che favoriscano cooperazione, benessere e partecipazione professionale»<sup>13</sup>.

Le specificità del settore sanitario rendono l'*HRM* particolarmente complessa per diversi fattori:

1. *Forte presenza di professioni regolamentate*: le professioni sanitarie non sono intercambiabili, ciascuna ha competenze, responsabilità e limiti normativi definiti, cosa che rende la gestione più articolata rispetto ad altri settori

2. *Necessità di coordinamento interdisciplinare*: il lavoro sanitario richiede un'elevata integrazione tra medici, fisioterapisti, infermieri, tecnici, front office e personale amministrativo

3. *Impatto diretto della comunicazione sugli esiti*: una cattiva comunicazione interna può generare errori, inefficienze, conflitti e peggiorare la qualità percepita dal paziente

4. *Carico emotivo elevato*: il lavoro sanitario è esposto a stress, burnout, responsabilità etiche e pressione continua sulla performance

5. *Centralità del paziente come co-produttore*, dal momento che il paziente non è solo destinatario, ma parte attiva del processo assistenziale

*Corposanto* evidenzia che la qualità dell'assistenza è influenzata tanto dai fattori strutturali (risorse, tecnologie) quanto dai fattori relazionali, quali motivazione, fiducia, collaborazione, clima interno<sup>14</sup>. In altre parole, la gestione delle risorse umane non è un supporto, ma un elemento strutturale del sistema

---

<sup>13</sup> L. Leone *et al.*, *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, Milano, FrancoAngeli, 2022, pp. 88-90.

<sup>14</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 44-48.

salute.

Per essere efficace l'*HRM* in sanità deve integrare tre livelli:

1. *Livello individuale*: competenze, motivazione, formazione comunicazione
2. *Livello professionale*: norme, identità, cultura di gruppo
3. *Livello organizzativo*: leadership, processi, governance, obiettivi

Questa visione multilivello permette di comprendere perché i modelli di gestione tradizionali non bastano più: servono approcci capaci di valorizzare il capitale umano e di creare reti collaborative.

La gestione delle risorse umane (*HRM*) in sanità, infatti, rappresenta uno dei temi centrali della ricerca contemporanea, poiché il personale costituisce la principale risorsa produttiva dell'organizzazione. In sanità, più di altrove, la qualità del servizio dipende in modo diretto dalla capacità del personale di:

- Lavorare in équipe
- Comunicare efficacemente
- Gestire situazioni complesse
- Mantenere competenze aggiornate
- Adattarsi ai cambiamenti
- Collaborare con professioni diverse

*Leone* sottolinea come nelle strutture sanitarie la gestione del personale debba essere interpretata come “gestione di una comunità professionale”, piuttosto che come semplice amministrazione del personale<sup>15</sup>.

L'*HRM* sanitario ha degli elementi caratteristici e fondamentali che lo distinguono in quanto tale:

- *Elevata specializzazione*, dal momento che ogni professione ha competenze specifiche e ambiti di responsabilità definiti da norme e regolamenti
- *Complessità relazionale*, poiché il lavoro è basato su interazioni continue tra professionisti, pazienti, famiglie, front office e direzione sanitaria
- *Impatto del clima organizzativo sugli esiti clinici*: in relazione a ciò, studi

---

<sup>15</sup> L. Leone *et al.*, *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 102-107.

della sociologia della salute mostrano una correlazione forte tra benessere del personale, qualità percepita e sicurezza del paziente

- *Necessità di formazione continua* dal momento che il lavoro sanitario richiede aggiornamento costante, non solo clinico, ma anche relazionale, organizzativo e comunicativo

- *Presenza di stress e burnout* dal momento che l'alto coinvolgimento emotivo e la pressione decisionale rendono il settore particolarmente delicato sul piano psicologico.

Secondo *Corposanto*, le competenze necessarie nel contesto sanitario includono una vasta gamma che fanno sì che coloro che vi operano lo facciano nel miglior modo possibile, come le competenze tecniche e cliniche, le competenze comunicative, la capacità di problem solving, la gestione del conflitto, l'empatia, la capacità di lavoro in équipe.<sup>16</sup>

In questo modo, le strutture che investono nella formazione e nel benessere del personale ottengono dei vantaggi significativi che le differenziano dalle altre, come una maggiore continuità assistenziale, un minor turnover, una migliore reputazione esterna ed una maggiore soddisfazione dei pazienti.

### 1.5 *Il capitale umano come vantaggio competitivo nei servizi sanitari*

Il concetto di capitale umano è uno dei cardini della teoria organizzativa contemporanea. Pur non essendo un termine nato in ambito sanitario, assume nel settore della salute una rilevanza ancora maggiore rispetto ad altri contesti. In sanità, infatti la qualità dei servizi non dipende soltanto dalle tecnologie disponibili, ma soprattutto dalle competenze, dalle relazioni, dalla professionalità e dall'impegno degli operatori.

Secondo *Leone*, la salute rappresenta un processo complesso in cui competenze tecniche, sensibilità relazionale e capacità comunicativa si intrecciano producendo

---

<sup>16</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 55-60.

l'esperienza del paziente<sup>17</sup>. Il capitale umano, dunque, non è un semplice “insieme di competenze”, ma un patrimonio integrato fatto di:

- Formazione tecnica e clinica
- Capacità comunicative
- Resilienza emotiva
- Abilità lavorative in équipe
- Adesione ai valori etici e deontologici
- Capacità di migliorare l'organizzazione attraverso la pratica quotidiana

*Salvatore* sostiene che nelle organizzazioni sanitarie «il sapere professionale non è solo individuale, ma emerge dall'interazione tra i professionisti»<sup>18</sup>.

Questo significa che il capitale umano va gestito come bene relazionale e non come semplice risorsa individuale: la sua produttività dipende dalla qualità delle relazioni, dai processi comunicativi e dalla modalità con cui l'organizzazione lo valorizza.

Nelle strutture sanitarie private, il capitale umano è direttamente collegato al posizionamento competitivo. I pazienti scelgono un centro non solo per la tecnologia o la posizione geografica, ma anche per la qualità percepita dei professionisti, la capacità relazionale, la fiducia instaurata, il passaparola positivo, l'efficienza dei processi interni e la coerenza del team.

Nei poliambulatori e nelle strutture di fisioterapia, dove spesso i servizi non sono differenziati in modo sostanziale dal punto di vista tecnico, il vero vantaggio competitivo è dato dalle persone. Se l'organizzazione è capace di valorizzare il capitale umano, costruisce una reputazione di qualità e affidabilità che sostiene lo sviluppo a lungo termine.

Dalla letteratura dunque, emergono tre leve strategiche:

1. *Formazione continua*, che risulta necessaria per mantenere aggiornate competenze cliniche e trasversali

---

<sup>17</sup> L. Leone *et al.*, *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 131-134.

<sup>18</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 70-75.

2. *Motivazione e clima interno* poiché la salute delle organizzazioni sanitarie dipende dalla salute relazionale dei team

3. *Partecipazione ai processi decisionali*, poiché le persone danno il meglio quando possono contribuire alla definizione degli obiettivi.

Dunque, il ruolo centrale del capitale umano nelle scienze organizzative e nelle politiche delle risorse umane risulta evidente, soprattutto nel corso degli ultimi anni. La sua applicazione al settore sanitario è particolarmente significativa, poiché la qualità dell'assistenza dipende in larga misura dalle competenze e dalle capacità relazionali degli operatori.

Nella prospettiva sociologica, il capitale umano è definito come l'insieme di conoscenze, abilità, competenze e valori posseduti dagli individui e utilizzati per produrre beni e servizi. Tuttavia, nel contesto sanitario, tale definizione deve essere ampliata per includere elementi specifici del lavoro di cura.

Secondo *Leone*, il capitale umano sanitario è «una risorsa collettiva, plasmata da competenze professionali, interazioni sociali e significati condivisi generati nella pratica quotidiana»<sup>19</sup>. Il valore del capitale umano non deriva quindi solo dalle capacità individuali, ma dal modo in cui tali capacità si integrano in un sistema organizzativo complesso.

In relazione al capitale umano sanitario, possiamo distinguerne tre principali componenti:

- *Competenze tecniche e cliniche*, sono competenze che riguardano l'addestramento formale, la conoscenza scientifica e le abilità operative. Sono fondamentali per garantire sicurezza, efficacia e appropriatezza delle cure
- *Competenze relazionali*, che comprendono comunicazione, empatia, gestione del colloquio, capacità di ascolto, negoziazione del piano di cura. Nelle strutture riabilitative, fisioterapiche e ambulatoriali, tali competenze sono decisive per la soddisfazione del paziente e per l'aderenza ai trattamenti
- *Competenze organizzative*, che riguardano la capacità di muoversi

---

<sup>19</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 125-128.

efficacemente all'interno dei processi, gestire le informazioni, lavorare in gruppo e adattarsi ai cambiamenti.

La letteratura mostra una relazione stretta tra capitale umano e prestazioni delle strutture sanitarie. Secondo *Salvatore*, le organizzazioni che investono nella crescita del personale ottengono infatti minori errori clinici, maggiore continuità assistenziale, migliore qualità percepita ed una maggiore efficienza operativa<sup>20</sup>.

Il capitale umano diventa quindi un vantaggio competitivo non imitabile rapidamente, soprattutto nei centri privati; risulta difficilmente imitabile poiché dipende da anni di formazione interna, richiede una cultura organizzativa coesa, si basa su relazioni di fiducia ed è costruito nel tempo attraverso pratiche comuni.

In questo senso, il capitale umano non è solo una risorsa, ma una capacità organizzativa distintiva.

Dalla letteratura emergono quattro leve fondamentali per far sì che il capitale umano in questo senso sia una capacità organizzativa come detto sopra:

1. *Formazione continua*: in questo modo vengono aggiornate le competenze cliniche e trasversali
2. *Motivazione e benessere*: componenti essenziali per ridurre turnover e burnout.
3. *Partecipazione*, è un elemento che aumenta il senso di appartenenza e la responsabilità
4. *Coordinamento organizzativo* che trasforma competenze individuali in risultati collettivi.

### 1.6 *La leadership nei servizi sanitari*

La leadership nell'ambito sanitario assume caratteristiche molto diverse rispetto ad altri settori produttivi. Le organizzazioni sanitarie, infatti, sono caratterizzate da una forte presenza di professionisti altamente specializzati, dalla centralità della relazione con il paziente e dalla necessità di coordinare ruoli con culture

---

<sup>20</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 80-82

professionali diverse. Per questo motivo, la leadership deve essere intesa non come esercizio di autorità gerarchica, ma come processo di influenza, costruzione di senso e facilitazione delle interazioni.

*Tousijn* evidenzia come la *leadership sanitaria* debba tener conto della pluralità delle professioni e delle identità professionali<sup>21</sup>: medici, infermieri, tecnici, personale amministrativo hanno storicamente ruoli differenziati e vincoli normativi diversi. Il leader, quindi, deve promuovere pratiche collaborative che permettano a ciascuna professione di esprimere il massimo potenziale.

Dalla letteratura in merito, emergono almeno quattro modelli che possono guidare l'azione nelle organizzazioni sanitarie:

1. *Leadership trasformativa*, focalizzata sulla motivazione, sul coinvolgimento del personale e sulla costruzione di una visione condivisa. Questo tipo di leadership è cruciale in contesti dove si richiede un cambiamento organizzativo continuo

2. *Leadership partecipativa*, che è basata sull'inclusione dei professionisti nei processi decisionali. *Leone* sottolinea che nei contesti sanitari la partecipazione aumenta il senso di appartenenza e riduce il conflitto<sup>22</sup>

3. *Leadership relazionale*, che è coerente con l'approccio di *Salvatore*, secondo il quale la qualità delle relazioni definisce la qualità dell'assistenza. In questo tipo di leadership, il leader diventa facilitatore di interazioni efficaci

4. *Leadership etica*, che è fondamentale quando si lavora con la salute, che rappresenta un valore sociale fondamentale. Questo tipo di leadership richiede integrità, trasparenza e responsabilità verso i pazienti.

Secondo *Corposanto e Leone*, il leader nelle organizzazioni sanitarie deve possedere competenze multiple, che sono le seguenti:

- Capacità di comunicazione chiara e assertiva
- Gestione dei conflitti

---

<sup>21</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 131-134.

<sup>22</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp.80-85.

- Orientamento alla qualità e alla sicurezza
- Capacità di ascolto
- Sensibilità culturale
- Visione strategica
- Gestione del cambiamento
- Promozione del benessere organizzativo

La letteratura è unanime per ciò che riguarda la leadership in ambito sanitario: ritiene infatti che nelle organizzazioni sanitarie, la leadership efficace migliora esiti clinici, clima interno e performance complessive.

Una buona leadership infatti:

- Aumenta la soddisfazione dei professionisti
- Riduce il turnover
- Migliora l'efficienza
- Riduce gli errori
- Aumenta la qualità percepita dal paziente

Per questo motivo, nel capitolo secondo verrà mostrato come questi modelli teorici influenzano concretamente le esperienze imprenditoriali e manageriali nelle strutture sanitarie.

La leadership nelle organizzazioni sanitarie è un tema centrale nella letteratura internazionale.

A differenza di altri settori, la leadership in sanità deve confrontarsi con:

- Una pluralità di professioni altamente autonome
- Una forte componente emotiva del lavoro
- Una complessità decisionale
- Aspetti etici rilevanti
- La necessità di coordinamento tra ruoli molto diversi

Tousijn evidenzia che nelle organizzazioni sanitarie «la leadership è un processo negoziale tra professioni, non un atto gerarchico»<sup>23</sup>. Questo implica che

---

<sup>23</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 112-118.

il leader non “comanda”, ma, al contrario, costruisce senso, facilita, coordina, ascolta, media.

Per quello che riguarda la leadership nella sanità, vengono applicati differenti tipologie di modelli, secondo lo schema già riproposto pocanzi:

- *Leadership trasformativa*, è il modello di leadership attraverso il quale il leader ispira, motiva, orienta al cambiamento. Il modello sopracitato funziona bene quando si richiede innovazione, riorganizzazione, apertura a nuovi modelli

- *Leadership partecipativa* è una tipologia di leadership che coinvolge i professionisti nei processi decisionali. Secondo Leone, la partecipazione genera fiducia, riduce la conflittualità e migliora la qualità del lavoro<sup>24</sup>

- *Leadership relazionale*, che è basata sull’idea che la qualità delle relazioni determina la qualità dell’assistenza. Salvatore è il principale riferimento in questo campo<sup>25</sup>

- *Leadership etica* che è focalizzata sui valori della cura, sulla responsabilità verso i pazienti e sulla trasparenza

- *Leadership distribuita*: è importante sottolineare in questo caso che nelle organizzazioni sanitarie moderne, la leadership non è concentrata in una sola figura, ma distribuita tra coordinatori, referenti di settore, professionisti esperti, team leader interni e direzione sanitaria.

Dalla letteratura emergono competenze fondamentali che sono una comunicazione chiara e assertiva, la gestione del conflitto, la capacità di ascolto, il problem solving, la gestione del cambiamento, la promozione della collaborazione, l’orientamento alla qualità e la capacità di educare e formare i team.

Gli studi di *Corposanto* e *Leone* mostrano che una leadership efficace genera effetti immediati, come:

- Riduce il turnover

---

<sup>24</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 78-80.

<sup>25</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 52-55.

- Migliora la soddisfazione del personale
- Promuove benessere e motivazione
- Riduce gli errori comunicativi
- Facilita la cooperazione interdisciplinare
- Migliora la qualità percepita dai pazienti<sup>26</sup>

Questo è particolarmente rilevante nei poliambulatori e nei centri fisioterapici, dove la relazione col paziente è continua e diretta.

### 1.7 Cultura organizzativa e qualità dei servizi sanitari

La cultura organizzativa rappresenta un elemento chiave per comprendere il funzionamento delle organizzazioni sanitarie. Essa può essere definita come l'insieme di valori, norme, simboli, pratiche quotidiane e modalità relazionali che caratterizzano un'organizzazione e orientano il comportamento dei suoi membri. *Corposanto* osserva che la cultura organizzativa nei contesti sanitari influenza direttamente la qualità dell'assistenza, poiché determina la maniera in cui i professionisti interpretano il proprio ruolo e interagiscono tra loro<sup>27</sup>.

La cultura organizzativa può essere analizzata attraverso diverse dimensioni:

- *Dimensione normativa*, che comprende i valori ufficiali, le regole e le linee guida
- *Dimensione tacita*, ovvero ciò che i professionisti apprendono informalmente tramite la pratica
- *Dimensione relazionale*, che riguarda il clima interno, la qualità delle comunicazioni e la fiducia reciproca
- *Dimensione simbolica*, legata a mission, obiettivi e identità organizzativa.

Nelle strutture sanitarie, la cultura organizzativa ha impatti misurabili sulla qualità del servizio:

1. *Sicurezza del paziente*: infatti, una cultura aperta all'apprendimento riduce

---

<sup>26</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 89-93.

<sup>27</sup> Ivi, pp. 49-50.

gli errori

2. *Continuità assistenziale*: una cultura collaborativa facilita la condivisione di informazioni

3. *Efficienza*: una cultura orientata al miglioramento agevola i processi

4. *Soddisfazione del personale*: un clima positivo favorisce motivazione e stabilità.

*Leone* sottolinea che nelle organizzazioni sanitarie moderne la cultura deve essere vista come un “fattore abilitante”, in grado di trasformare competenze individuali in qualità collettiva<sup>28</sup>.

In altre parole, anche in presenza di professionisti eccellenti, la qualità finale del servizio dipende dalla cultura che l’organizzazione riesce a costruire.

### 1.8 Sistemi sanitari e modelli organizzativi

La letteratura sociologica sulla salute evidenzia come i sistemi sanitari europei presentino modelli organizzativi differenti, frutto di scelte politiche, culturali e istituzionali. Comprendere tali modelli è essenziale per comprendere il posizionamento delle strutture private all’interno dell’offerta complessiva.

*Giarelli* identifica tre tipologie fondamentali di sistemi sanitari<sup>29</sup>:

1. *Modello Beveridge* (uno dei più diffusi in Europa occidentale): è un modello finanziato dalla fiscalità generale, caratterizzato da servizi garantiti a tutti i cittadini, una forte presenza dello Stato ed un settore privato presente ma regolato: è il modello a cui si ispira il Servizio Sanitario Nazionale italiano

2. *Modello Bismarck*: tale modello è finanziato da assicurazioni sociali, è costituito da una struttura organizzativa più decentralizzata, presenta una maggiore competizione tra erogatori e in esso il ruolo del privato è più forte

3. *Modello privatistico o di mercato*: in questo modello, si hanno servizi

---

<sup>28</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 90-95.

<sup>29</sup> G. Giarelli, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Milano, FrancoAngeli, 1998, pp. 33-38.

acquistabili principalmente tramite assicurazioni o pagamento diretto, si ha una forte competizione tra strutture e la qualità variabile in base alle risorse dell'utente.

Il sistema sanitario italiano, come ricorda *Toth*, non è un modello puro, ma una configurazione ibrida: pubblico universalistico unito ad una forte presenza di operatori privati<sup>30</sup>. Questa caratteristica apre spazi significativi per i poliambulatori e i centri fisioterapici, soprattutto in ambito riabilitativo, diagnostico, ambulatoriale specialistico, di prevenzione e screening e servizi integrativi.

Dalla letteratura emergono almeno quattro modelli organizzativi rilevanti che costituiscono le strutture sanitarie:

1. *Modello burocratico-amministrativo* che è caratterizzato da processi standardizzati, una forte gerarchia ed una limitata autonomia professionale: è tipico degli ospedali pubblici tradizionali

2. *Modello professionale* dove la struttura ruota attorno al sapere specialistico e le professioni esercitano forte autonomia. *Tousijn* evidenzia che questo modello è tipico delle professioni storiche (medici, fisioterapisti, infermieri)<sup>31</sup>

3. *Modello aziendale-manageriale*: questo modello è caratterizzato da un orientamento agli obiettivi più chiaro, dall'attenzione ai costi, dalla gestione per processi, dallo sviluppo del capitale umano e da una leadership distribuita: questo modello è oggi tra i più diffusi nelle strutture private moderne.

4. *Modello a rete (network organization)*: questo è senza dubbio il modello più innovativo. Esso prevede un'integrazione tra sedi, una condivisione di protocolli, una standardizzazione, una formazione continua ed un'identità comune.

### 1.9 Le reti professionali e i network sanitari

Negli ultimi anni, le organizzazioni sanitarie si stanno muovendo sempre più verso modelli a rete, questo vale sia per il settore pubblico che per quello privato.

---

<sup>30</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., pp. 42-48.

<sup>31</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 59-66.

La necessità di integrare servizi, condividere informazioni e migliorare la continuità assistenziale ha portato allo sviluppo di network professionali e organizzativi. *Giarelli* definisce il network come una «struttura di legami interdipendenti» attraverso cui organizzazioni, professionisti e istituzioni collaborano per raggiungere obiettivi comuni<sup>32</sup>. Il modello a rete è importante, dal momento che consente una maggiore circolazione delle competenze, un'innovazione più rapida, accompagnata da una riduzione della frammentazione dei servizi, una migliore capacità di rispondere ai bisogni complessi dei pazienti ed a una maggiore efficienza grazie a processi integrati.

Nelle strutture private — come poliambulatori e centri di fisioterapia — il modello a rete acquisisce un valore strategico, per una serie di motivazioni:

- *Permette di standardizzare i processi*, garantendo qualità uniforme tra sedi diverse
- *Favorisce la crescita professionale interna*, attraverso scambio di buone pratiche e formazione condivisa
- *Supporta l'identità aziendale*, creando una cultura condivisa anche in gruppi multi-sede
- *Aumenta la competitività*: i network sono percepiti dai pazienti come più solidi e affidabili rispetto alle strutture isolate.

Questi primi paragrafi mostrano come le organizzazioni sanitarie debbano essere comprese attraverso una prospettiva multidimensionale che integra:

- Sistemi sanitari
- Identità professionali
- Dinamiche organizzative
- Capitale umano
- Leadership
- Cultura interna
- Network e reti di collaborazione

---

<sup>32</sup> G. Giarelli, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, cit., pp. 18-20.

La letteratura sociologica e manageriale evidenzia che la qualità dei servizi sanitari non è semplicemente il risultato delle tecnologie utilizzate o delle competenze cliniche individuali, ma emerge da un equilibrio complesso tra:

- Relazioni professionali
- Motivazione e benessere del personale
- Chiarezza organizzativa
- Modelli di coordinamento
- Leadership capace e distribuita
- Cultura organizzativa solida

L'insieme di questi elementi permette alle strutture sanitarie di rispondere in modo efficace alle sfide del sistema contemporaneo, caratterizzato da complessità crescente, innovazione continua e aspettative elevate da parte dei pazienti.

Nel capitolo successivo, questo quadro teorico sarà utilizzato per costruire una base solida al fine di analizzare i modelli di gestione delle risorse umane e di leadership nelle esperienze imprenditoriali e manageriali all'interno dei poliambulatori e dei centri sanitari privati. Le dimensioni teoriche esaminate costituiranno la cornice interpretativa attraverso cui leggere il case study presentato nei capitoli successivi.

La crescente complessità del sistema salute ha portato allo sviluppo di forme organizzative basate sulla collaborazione interprofessionale e inter-organizzativa. Le reti professionali rappresentano una risposta strategica alle sfide della frammentazione e dell'innovazione continua.

*Giarelli* descrive il network sanitario come un “sistema di interdipendenze” attraverso cui professionisti e organizzazioni condividono conoscenze, risorse e pratiche allo scopo di migliorare la qualità dei servizi<sup>33</sup>.

Le reti, come dicevamo pocanzi, sono fondamentali all'interno del sistema sanitario, per diverse motivazioni:

- *Favoriscono la condivisione delle competenze*: in sanità, il sapere non è

---

<sup>33</sup> Ivi, pp. 87-92.

statico, ma si costruisce attraverso la pratica. Le reti permettono di diffondere rapidamente linee guida, protocolli, buone pratiche ed innovazioni operative

- *Riducono la frammentazione assistenziale*: il lavoro in rete infatti facilita la continuità tra diagnostica, riabilitazione, cura, follow-up
- *Creano identità collettiva*, infatti le organizzazioni multi-sede che lavorano in rete riescono a mantenere standard uniformi, ridefinire la propria mission, creare cultura condivisa e gestire la crescita in modo ordinato
- *Rendono più competitivo il settore privato*: in questo ambito, i network diventano una forma di “massa critica”. Strutture isolate sono più vulnerabili e meno riconosciute rispetto a strutture che operano in rete.

Nel contesto dei poliambulatori e dei centri fisioterapici, inoltre, le reti professionali assumono una funzione aggiuntiva, formata da coordinamento dei piani terapeutici, condivisione delle informazioni, possibilità di consulto interno, maggiore qualità percepita dai pazienti e crescita professionale del team.

La collaborazione tra professionisti diventa un elemento fondamentale per consolidare l'identità del gruppo e per garantire coerenza nell'erogazione dei servizi.

### 1.10 *Le sfide contemporanee del management sanitario*

Il management sanitario contemporaneo si colloca dentro un contesto caratterizzato da cambiamenti profondi: trasformazioni demografiche, innovazioni tecnologiche, domanda crescente di personalizzazione, aumento della cronicità, ridefinizione dei rapporti tra pubblico e privato, pressione per l'efficienza e necessità di migliorare l'esperienza del paziente.

Secondo *Leone*, le strutture sanitarie oggi operano in un ambiente “iper-complesso”, nel quale gli elementi clinici, relazionali, organizzativi ed economici si intrecciano dando vita a nuove esigenze gestionali<sup>34</sup>.

---

<sup>34</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, Milano, FrancoAngeli, 2022, pp. 140-145.

Queste sono in sintesi le sfide più rilevanti che il management sanitario deve affrontare:

- *La crescita della domanda di servizi sanitari e riabilitativi*: dal momento che l'invecchiamento della popolazione porta ad un aumento delle patologie croniche, ad una maggiore richiesta di prestazioni riabilitative, ad un incremento delle attività ambulatoriali specialistiche, le strutture private rappresentano sempre più un elemento fondamentale del sistema salute integrato

- *La digitalizzazione dei servizi*: la trasformazione digitale sta modificando profondamente l'accesso ai servizi, la gestione dei dati sanitari, la comunicazione con i pazienti ed i processi amministrativi. *Corposanto* evidenzia come la digitalizzazione non sia solo un cambiamento tecnologico, ma soprattutto culturale che richiede nuove competenze e nuove forme di collaborazione<sup>35</sup>

- *Il bisogno di coordinamento interprofessionale*, infatti le organizzazioni sanitarie si fondano sull'interazione tra professioni diverse. Una gestione efficace richiede lavoro in équipe, comunicazione integrata, protocolli condivisi, standard uniformi. Il conflitto tra professioni è ancora un rischio, come ricorda *Tousijn*, e deve essere gestito tramite modelli collaborativi

- *La centralità del paziente e dell'esperienza di cura*: infatti, le strutture moderne devono orientarsi alla *patient experience*, che comprende tempi di attesa, accoglienza, chiarezza delle informazioni, qualità relazionale, continuità del percorso terapeutico e ambiente fisico della struttura. In questo senso, ovviamente, il front office diventa parte integrante della qualità percepita

- *Il benessere del personale e la prevenzione del burnout*: la pressione emotiva, la responsabilità clinica, i ritmi di lavoro e le aspettative elevate rendono il settore particolarmente vulnerabile allo stress. Gli studi di *Salvatore* mostrano come il benessere dei professionisti sia direttamente collegato alla qualità assistenziale, alla sicurezza del paziente ed alla stabilità organizzativa<sup>36</sup>. Le

---

<sup>35</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 94-96.

<sup>36</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 60-65.

strutture che investono nel benessere e nella formazione del personale ottengono migliori performance.

- *L'integrazione tra sedi e modelli multi-struttura.* La crescita dei gruppi sanitari multi-sede richiede standard uniformi, governance centrale, controllo qualità, formazione interna, cultura condivisa, integrazione dei sistemi informativi.

Questo capitolo ha delineato il quadro teorico necessario per comprendere i modelli organizzativi che verranno analizzati nella parte applicativa della tesi.

Dalla letteratura emerge che le organizzazioni sanitarie sono caratterizzate da:

- Complessità strutturale
- Pluralità professionale
- Forte dimensione relazionale
- Leadership non gerarchica
- Capitale umano come risorsa strategica
- Cultura organizzativa determinante
- Crescente diffusione dei network e delle reti
- Sfide legate alla digitalizzazione e alla collaborazione interdisciplinare

Queste dimensioni non sono solamente concetti teorici, ma diventano la base per interpretare e valutare i modelli organizzativi adottati dalle strutture sanitarie private moderne.

### 2.1 *Le origini: contesto, motivazioni e nascita di un modello*

Il percorso imprenditoriale di *Andrea Battella* prende forma in un momento storico in cui il sistema sanitario italiano stava attraversando trasformazioni profonde. Gli anni che precedono il 2013, anno in cui vede la nascita la sua prima struttura, *Fisiorehab 360 a Marina di Carrara*, sono segnati da un cambiamento progressivo dei modelli organizzativi, dalla crescita della sanità privata territoriale e da un aumento della domanda di servizi di fisioterapia, riabilitazione e medicina specialistica. Secondo *Tousijn*, la sanità contemporanea si caratterizza per una crescente complessità professionale, dove i ruoli non sono più rigidamente separati, ma si intrecciano in un sistema relazionale in cui competenze cliniche, capacità gestionali, organizzazione interna e comunicazione col paziente diventano fattori interdipendenti<sup>37</sup>. Questa prospettiva evidenzia un punto centrale: le strutture sanitarie non funzionano solo grazie alla competenza dei professionisti, ma grazie a un'organizzazione capace di sostenere e valorizzare tali competenze. È esattamente in questo quadro che si inserisce la visione originaria di *Andrea Battella*. Il suo approccio nasce da un'intuizione netta: per creare una struttura sanitaria moderna serve un modello di lavoro chiaro, replicabile e basato sulle persone, non un semplice spazio fisico attrezzato. La fisioterapia, tradizionalmente intesa come ambito operativo individuale o semi-individuale, secondo *Toth* si sta progressivamente trasformando in un settore che richiede standard organizzativi più elevati, continuità dei processi e capacità di rispondere in modo strutturato ai bisogni del territorio<sup>38</sup>. *Battella* intercetta pienamente questa transizione. Quando nel 2013 decide di fondare *Fisiorehab 360*, la scelta non è casuale. Nasce dalla volontà di costruire un centro che unisca:

---

<sup>37</sup> Ivi, pp. 41-46.

<sup>38</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., pp. 120-126.

- Una forte identità professionale
- Un approccio orientato al paziente
- Una gestione moderna e strutturata
- Un’attenzione costante al team

Elementi che oggi possono sembrare naturali, ma che nel panorama sanitario privato dell’epoca erano tutt’altro che diffusi. Molti centri fisioterapici, come rileva *Giarelli*, erano caratterizzati da modelli artigianali, fondati sulla figura del singolo professionista più che su una vera struttura organizzativa<sup>39</sup>. *Battella* decide quindi di rompere gli schemi, adottando da subito un’impostazione diversa. *Fisiorhab 360* non nasce solo come “studio fisioterapico”, ma come progetto imprenditoriale. Ogni dettaglio — dall’accoglienza, alla gestione delle agende, alla comunicazione con il paziente, fino ai protocolli interni — viene pensato in una prospettiva sistemica. La scelta del nome “360” non è casuale: rappresenta l’idea di un servizio completo, strutturato, multidimensionale. È la visione di un centro che non cura solo il sintomo, ma accompagna il paziente in un percorso complessivo. Un’impostazione perfettamente coerente con la lente interpretativa di *Salvatore*, secondo cui l’organizzazione sanitaria efficace è quella in cui gli attori lavorano “in rete”, costruendo significati condivisi e garantendo continuità assistenziale<sup>40</sup>. Uno degli aspetti più innovativi introdotti da *Battella* riguarda il ruolo centrale del front office. Mentre molte strutture sanitarie dell’epoca consideravano l’accoglienza un elemento secondario, lui la posiziona al centro del modello. Il front office diventa:

- Il primo nodo della relazione terapeutica
- Il luogo in cui si definisce la qualità percepita
- L’elemento che influenza il ritorno del paziente
- Un presidio organizzativo essenziale per la gestione dei flussi

---

<sup>39</sup> G. Giarelli, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, cit., pp. 52-58.

<sup>40</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 67-72.

Questa visione è sorprendentemente coerente con ciò che, anni dopo, *Leone et al.* evidenzieranno come una delle leve principali della performance dei servizi sanitari privati: *la customer experience* come fattore clinico-organizzativo<sup>41</sup>. *Battella*, pur senza avere in mano all'epoca questo tipo di riferimento teorico, ne coglie intuitivamente il valore. Capisce che una struttura sanitaria non può funzionare bene se non è in grado di:

- Comunicare in modo efficace
- Accogliere il paziente con professionalità
- Strutturare i processi organizzati
- Lavorare con un team formato e coeso

Questi principi saranno la base portante di tutto il modello successivo. Fin dalla nascita della prima struttura, *Battella* è consapevole che la sanità privata di qualità non può esistere senza un investimento concreto sulle persone che la compongono. Per questo sceglie di:

- Formare internamente il front office
- Definire ruoli chiari
- Creare procedure condivise
- Instaurare una comunicazione interna costante
- Costruire relazioni professionali solide e durature

La scelta di dare valore al capitale umano è perfettamente coerente con il modello organizzativo descritto dalla sociologia della salute. *Tousijn* sostiene che la qualità sanitaria nasce dall'interazione tra ruoli, competenze e processi<sup>42</sup>. *Salvatore* aggiunge che la performance di un centro sanitario è direttamente collegata alla capacità dei suoi professionisti di comunicare, cooperare e costruire significati condivisi<sup>43</sup>. È esattamente ciò che *Fisiorehab 360* incarna fin dall'inizio.

---

<sup>41</sup> L. Leone *et al.*, *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 150-155..

<sup>42</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 46-48.

<sup>43</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 67-72.

La struttura non diventa semplicemente un luogo di prestazioni, ma un'organizzazione centrata sulle persone, intese sia come pazienti sia come collaboratori.



Per i primi anni, la forza del progetto risiede soprattutto nell'esperienza diretta: *Battella* gestisce in prima persona ogni ambito operativo, apprende sul campo, osserva i flussi, corregge le criticità, costruisce relazioni. Questa fase di immersione totale è fondamentale: gli permette di comprendere in profondità tutte le dinamiche reali di una struttura sanitaria privata. Ed è da questo lavoro quotidiano che nasce il suo metodo: un insieme di scelte organizzative, comportamenti, processi e strumenti che, pur non essendo ancora formalizzati, rappresentano già una forma embrionale del futuro modello multipolare. La letteratura conferma che molti modelli innovativi nascono “dal basso”, da una fase iniziale di sperimentazione e pratica quotidiana. Secondo *Toth*, il cambiamento nei servizi sanitari privati è spesso frutto della capacità di alcuni imprenditori di osservare la realtà e costruire sistemi flessibili, capaci di adattarsi alle esigenze del territorio<sup>44</sup>. È ciò che fa anche *Battella*: trasforma l'esperienza operativa in

---

<sup>44</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., pp. 120-126.

competenza organizzativa e la competenza in un metodo replicabile.



## 2.2 Dalla prima struttura al modello multipolare: la crescita come processo organizzativo

L'evoluzione da *Fisiorehab 360* a un sistema di più strutture rappresenta un passaggio cruciale nella storia imprenditoriale di *Andrea Battella*. Non si tratta di un'espansione spontanea o guidata esclusivamente dalla domanda, ma del risultato di una precisa visione organizzativa. Sin dai primi anni di attività, *Battella* comprende che il modello adottato nel primo centro non solo funziona, ma possiede caratteristiche tali da essere replicabile in contesti diversi, purché sostenuto da una struttura metodologica solida.

Questa intuizione coincide con quanto descritto da *Giarelli* nell'analisi dei sistemi sanitari contemporanei: i servizi territoriali tendono a svilupparsi in forme multipolari, ovvero reti di strutture legate da identità culturale, standard condivisi e protocolli comuni<sup>45</sup>. L'espansione non avviene in modo disordinato, ma secondo un principio di coerenza organizzativa. Dopo il successo di *Fisiorehab 360*, *Battella* avvia progressivamente nuove sedi — tra cui *Fisioterapia Forte dei*

<sup>45</sup> G. Giarelli, *Sistemi sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, cit., p. 58.

*Marmi, Polo Salute Massa e Fisioterapia Parma* — ognuna con caratteristiche territoriali diverse e target specifici. Ogni nuova apertura rappresenta un “banco di prova” per verificare se il modello regge in contesti differenti, può essere codificato in procedure, è trasferibile a team diversi e mantiene la qualità percepita del servizio. Il risultato è positivo: il metodo funziona.

Ogni centro cresce secondo una logica simile, confermando la validità del modello.



La letteratura conferma questo meccanismo: *Salvatore*, infatti, sostiene che le organizzazioni sanitarie efficaci sono quelle in cui i processi sono riproducibili, standardizzabili e basati su relazioni chiare tra gli attori coinvolti<sup>46</sup>. La capacità di trasformare esperienza operativa in metodo rappresenta un indicatore di maturità gestionale. È ciò che accade con *Battella*: il metodo non è più solo “nella sua testa”, ma prende la forma di un sistema organizzativo che può essere insegnato, applicato, monitorato. Con l’aumento del numero di strutture, diventa necessario dotare il sistema di un’identità unitaria. Nasce così il *FisioMedical Group*, un contenitore strategico che funge da coordinamento centrale, guida culturale, garanzia di qualità, riferimento per i collaboratori e punto di convergenza dei processi. Il gruppo non è un semplice “marchio” collettivo, ma un vero modello

---

<sup>46</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., p. 72.

multipolare: ogni struttura mantiene autonomia locale — indispensabile per adattarsi alle esigenze territoriali — ma opera all’interno di un sistema condiviso di valori, procedure e indicatori. È una configurazione che rispecchia perfettamente ciò che *Toth* definisce “*governance multilivello*”: un modello in cui coesistono controllo centrale, flessibilità locale, uniformità dei processi e differenziazione territoriale. La standardizzazione dei processi è uno degli elementi chiave della crescita. *Battella* sviluppa progressivamente:

- Protocolli operativi uniformi
- Linee guida per il front office
- Schemi di comunicazione interna
- Procedure di onboarding
- Sistemi di valutazione delle performance
- Un linguaggio comune

Questi strumenti diventano la “spina dorsale” del modello, dal momento che ogni nuova struttura non deve reinventare nulla, ma applicare un sistema già testato. La sociologia delle organizzazioni conferma l’importanza di questo approccio. *Leone et al.* evidenziano come le organizzazioni sanitarie di successo siano quelle che sviluppano *capitale cognitivo condiviso*, ovvero un insieme di pratiche, regole e significati che tutti i membri riconoscono e applicano<sup>47</sup> e questo è ciò che accade nel *FisioMedical Group*. L’espansione richiede un cambiamento di ruolo che passa da gestore operativo a leader di rete: *Battella* passa quindi dal: “fare tutto”, al “costruire persone che possano fare”. Questa trasformazione coincide con ciò che *Corposanto* definisce *leadership distribuita*<sup>48</sup>, un modello in cui la guida non è concentrata su una sola figura, ma viene diffusa tra più professionisti attraverso forme di coaching, supervisione, confronto periodico, condivisione di obiettivi e costruzione di una cultura comune. In altre parole, il

---

<sup>47</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., p. 105.

<sup>48</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 112-119.

leader non impone, ma crea un contesto in cui i collaboratori possono assumere responsabilità e diventare protagonisti del processo organizzativo. La crescita delle strutture di Battella anticipa un fenomeno che la letteratura registrerà chiaramente solo negli anni successivi: la progressiva managerializzazione della sanità privata.

Toth evidenzia come la sanità territoriale moderna richieda:

- Pianificazione
- Controllo dei processi
- Gestione delle risorse umane
- Attenzione alla comunicazione
- Coordinamento multiprofessionale<sup>49</sup>

Tutti elementi già presenti nel suo modello sin dalle prime fasi della crescita. *Fisiorehab 360* e i centri successivi non sono studi artigianali, ma vere e proprie organizzazioni sanitarie, con ruoli chiari, procedure, obiettivi misurabili e percorsi interni strutturati. Questa impostazione permette al gruppo non solo di crescere, ma di consolidarsi come modello replicabile, capace di adattarsi a diversi territori e contesti. Con il tempo, il know-how sviluppato nelle strutture del gruppo diventa un vero capitale professionale esportabile. *Battella* inizia così a fornire consulenze strategiche a strutture sanitarie private in diverse regioni italiane. La consulenza non consiste nel semplice trasferimento di procedure, ma in un percorso più ampio, che include:

- Analisi dei processi
- Formazione del personale
- Implementazione del front office
- Riorganizzazione degli spazi
- Definizione dei ruoli
- Costruzione della cultura interna

---

<sup>49</sup> F. Toth, *La sanità in Italia*, cit., p. 120.

Questo passaggio è coerente con la visione di *Salvatore*, secondo cui i professionisti della sanità possono diventare “produttori di organizzazione”, ovvero figure che generano valore non solo clinico, ma strutturale<sup>50</sup>. È grazie a questo processo che il modello di *Battella* evolve da semplice sistema di strutture a network sanitario nel senso sociologico del termine: un insieme di relazioni, pratiche e significati che connettono centri diversi attorno a un’unica visione.



### *2.3 Il capitale umano come motore della crescita: persone, cultura e professionalità*

L’espansione delle strutture e la progressiva strutturazione del modello gestionale evidenziano un punto chiave del percorso di *Andrea Battella*: la consapevolezza che le persone rappresentano la vera infrastruttura strategica del sistema sanitario privato. Da *Fisiorehab 360* fino al network multipolare, ogni fase di crescita poggia sulla selezione, valorizzazione e formazione del personale. Senza un capitale umano forte, motivato e coerente con i valori organizzativi, nessuna procedura può funzionare davvero. Questa centralità del capitale umano non è solo frutto dell’esperienza pratica: è pienamente coerente con quanto emerge dalla letteratura sociologica e manageriale contemporanea. *Tousijn* definisce il

---

<sup>50</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., p. 70.

lavoro sanitario come un'attività ad altissima intensità relazionale<sup>51</sup>: la qualità dell'incontro tra professionista e paziente non dipende solo dalla competenza tecnica, ma da un insieme complesso di dinamiche comunicative, culturali ed emotive. All'interno di questa cornice, costruire un team in grado di sostenere tale complessità diventa un elemento essenziale per differenziarsi sul mercato. Nel modello adottato da *Battella*, ogni figura professionale — dal front office ai fisioterapisti, fino ai responsabili di struttura — ha un ruolo strategico nel percorso del paziente. L'idea di fondo è semplice ma potente: la qualità percepita nasce dalla somma di micro-interazioni quotidiane, non solo dall'esito clinico del trattamento.



Il front office rappresenta il primo presidio di questa filosofia: l'accoglienza, il tono di voce, la chiarezza delle informazioni e la gestione delle attese costituiscono il primo livello della *customer experience*. *Leone et al.* ricordano che la comunicazione non è un elemento accessorio, ma una competenza centrale nella gestione delle organizzazioni sanitarie<sup>52</sup>. Per questo, la formazione del front office nel network viene strutturata come un percorso continuo e non come un intervento

---

<sup>51</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., p. 45.

<sup>52</sup> L. Leone *et al.*, *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., p. 110.

isolato. Parallelamente, i professionisti sanitari sono accompagnati in un percorso che integra competenze tecniche e capacità relazionali. La letteratura conferma questa impostazione: secondo *Salvatore*, la relazione terapeutica è un processo co-costruito, in cui gli aspetti comunicativi ed emotivi incidono sulla compliance del paziente e sugli esiti terapeutici<sup>53</sup>. *Battella* recepisce pienamente questa prospettiva: il fisioterapista non è solo un tecnico, ma un professionista capace di guidare, motivare, ascoltare e creare fiducia. Per questo, nelle strutture del network vengono implementati:

- Momenti di confronto clinico
- Riunioni settimanali multidisciplinari
- Protocolli condivisi
- Formazione relazionale e comunicativa
- Feedback sistematici da parte dei responsabili

L'obiettivo è creare un team solido, omogeneo e coerente non solo nelle procedure, ma anche nei comportamenti. Uno degli elementi distintivi nel percorso di *Battella* è l'investimento nella formazione, che non è una formazione episodica, ma al contrario un processo continuativo che interessa tutte le figure professionali. Questa scelta riflette il concetto di *learning organization* descritto da *Senge*: un'organizzazione è realmente competitiva quando impara costantemente e trasforma l'apprendimento in nuove pratiche<sup>54</sup>. Il network sanitario guidato da *Battella* integra questa visione in tre modi:

1. *Formazione interna strutturata* rappresentata da front office, gestione del paziente, comunicazione, protocolli clinici
2. *Formazione manageriale* costituita da leadership, gestione dei processi, responsabilità dei ruoli
3. *Formazione attraverso coaching*, applicata come strumento di crescita personale e professionale

---

<sup>53</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 67-72.

<sup>54</sup> P. Senge, *The Fifth Discipline*, New York, Doubleday, 1990, pp. 6-12.

Questa impostazione genera due risultati fondamentali: una cultura comune, stabile e riconoscibile e la possibilità di replicare il modello in nuove strutture senza perdere qualità. La formazione diventa inoltre un importante strumento di fidelizzazione del personale: come osserva *Corposanto*, la partecipazione a momenti formativi aumenta la motivazione e il senso di appartenenza<sup>55</sup>. Nella sanità privata, dove il turnover può compromettere la qualità e la continuità, questo elemento assume valore strategico.

La vera forza del modello di *Battella* non è soltanto nei protocolli o negli strumenti gestionali, ma nella capacità di costruire una cultura aziendale condivisa.

Secondo *Schein*, la cultura non è un insieme astratto di valori, ma un sistema di significati che orienta il comportamento quotidiano delle persone<sup>56</sup>. La cultura del *FisioMedical Group* si fonda su:

- Attenzione alla persona
- Lavoro di squadra
- Chiarezza dei ruoli
- Comunicazione trasparente
- Responsabilità individuale
- Orientamento al miglioramento continuo

Questi elementi, che emergono in modo spontaneo nelle prime strutture, diventano progressivamente parte del metodo e vengono trasmessi ai nuovi centri. *Tousijn* afferma che le organizzazioni sanitarie efficaci sono quelle che sviluppano un'identità condivisa: un "modo di lavorare" che permette ai professionisti di comprendere allineamento, aspettative e confini<sup>57</sup>. Nel modello di *Battella* questo elemento è determinante: la cultura non sostituisce le procedure, ma le rende efficaci. È la base che permette al team di collaborare, comunicare e risolvere i conflitti.

---

<sup>55</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 112-119.

<sup>56</sup> E. H. Schein, *Organizational Culture and Leadership*, San Francisco, Jossey-Bass, 2010, pp. 50-53.

<sup>57</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 41-46.



Tutti i principali studi sulla sanità contemporanea — da *Becker* a *Leone*— convergono su un concetto: il capitale umano è la risorsa più preziosa e più difficile da imitare. Nel contesto del network sanitario, questo si traduce in:

- Team stabili e motivati
- Professionisti formati e allineati
- Comportamenti coerenti tra strutture
- Qualità percepita costante nel tempo
- Capacità di adattamento rapido alle esigenze delle sedi e dei pazienti

È esattamente la logica delle *dynamic capabilities* esposta da *Teece*, secondo cui la vera forza di un'organizzazione risiede nella capacità di trasformare competenze interne in valore competitivo continuo<sup>58</sup>. *Battella*, in questo senso, anticipa molti dei trend oggi riconosciuti nella gestione sanitaria: investire sulle persone non è solo un “valore”, ma un vantaggio strategico misurabile.

#### *2.4 Dalla teoria alla pratica: come gli strumenti del modello Fisioterapia Italia trasformano il funzionamento dei centri sanitari*

L'ingresso di *Andrea Battella* all'interno del network *Fisioterapia Italia* rappresenta il passaggio decisivo attraverso cui l'imprenditore traduce la sua

---

<sup>58</sup> D. J. Teece, G. Pisano, A. Schuen, *Dynamic capabilities and strategic management*, Londra, John Wiley & Sons Ltd., 1997, pp. 509-533.

esperienza “artigianale” – maturata in anni di lavoro sul campo – in un modello strutturato, replicabile e professionale. Questo salto qualitativo non deriva soltanto da nuove idee, ma dall’acquisizione di strumenti operativi concreti, sviluppati e sistematizzati dal fondatore *Luca Luciani* e condivisi all’interno del percorso formativo del network. All’interno del modello di *Fisioterapia Italia*, caratterizzato da pratica e teoria – tra cui presentazioni formative, documenti programmatici, slide manageriali e modelli operativi – emergono alcuni elementi cardine che *Andrea Battella* integra progressivamente nel proprio metodo gestionale, rendendolo più chiaro, misurabile e trasferibile da un centro all’altro. Gli strumenti più rilevanti sono i seguenti.

#### 2.4.1. La “Ruota delle 5 Aree” (strumento centrale del modello)

Elemento iconico del network, presente in molte delle slide formative, la *Ruota delle 5 Aree* rappresenta un sistema olistico di valutazione e miglioramento continuo. Le cinque dimensioni sono:

1. Accoglienza e front office
2. Processo clinico e organizzazione sanitaria
3. Comunicazione interna e relazione
4. Gestione dei processi e operatività
5. Performance economica e sostenibilità

Questo strumento permette di analizzare la struttura nel suo complesso, identificare punti di forza, debolezze, aree critiche e possibili interventi migliorativi.

*Battella* lo integra nelle sue strutture come strumento di revisione continua, utilizzato periodicamente per:

- Valutare i centri del *FisioMedical Group*
- Uniformare gli standard tra sedi diverse
- Definire priorità operative
- Orientare la formazione interna

- Guidare i responsabili nella gestione quotidiana

Il valore della Ruota consiste nella sua semplicità visiva, che rende immediatamente chiaro dove intervenire, e nella sua profondità metodologica, che consente analisi di dettaglio.

#### 2.4.2. *Coaching e sviluppo del potenziale umano*

Il modello *Fisioterapia Italia* attribuisce un peso enorme al coaching come motore di crescita professionale e personale. Le slide del percorso formativo mostrano:

- Modelli di feedback
- Strumenti per la definizione degli obiettivi
- Modalità di gestione delle performance
- Tecniche di ascolto attivo
- Metodologie di leadership adattiva
- Principi di responsabilizzazione del collaboratore
- Strumenti per la consapevolezza emotiva

Questa centralità del coaching ha un impatto profondo su *Andrea Battella*. Prima del 2018 la sua leadership era diretta, pratica, basata sull'esperienza, dopo l'ingresso nel network assume invece una forma strutturata, più matura, capace di:

- Delegare in modo funzionale
- Leggere i comportamenti del team
- Comunicare obiettivi chiari e realistici
- Creare un clima psicologico sicuro
- Trasformare gli errori in occasioni di apprendimento
- Promuovere autonomia e responsabilità autentica
- Accompagnare la crescita del personale con metodo

Il coaching diventa lo zoccolo duro del suo stile manageriale, che diventa uno

stile orientato alla crescita, non al controllo.

#### 2.4.3. *Intelligenza emotiva e gestione delle relazioni*

Per quello che riguarda l'intelligenza emotiva, *Fisioterapia Italia* sottolinea che: "Il 70% della qualità percepita deriva da come il paziente si sente, non solo da ciò che riceve." Questo principio è potentissimo nel settore sanitario. *Battella* lo integra pienamente introducendo:

- Formazione sulle emozioni
- Gestione dell'ansia del paziente
- Tecniche di comunicazione empatica
- Ascolto attivo
- Riconoscimento dei segnali non verbali
- Costruzione di un clima relazionale positivo

Il risultato è un cambiamento tangibile nei centri, che si traduce in più attenzione alla qualità percepita, maggiore capacità di gestire pazienti difficili, riduzione dei conflitti interni, miglioramento della collaborazione tra professionisti.

#### 2.4.4. *I bias cognitivi nel lavoro sanitario*

Secondo il pensiero di *Luciani*, anche relativamente ai bias viene mostrato come gli operatori sanitari, in particolare in situazioni di pressione, possano cadere in:

- Errori sistematici di valutazione
- Interpretazioni affrettate
- Rigidità decisionali
- Pregiudizi impliciti
- Distorsioni comunicative

*Battella* integra i contenuti su:

- Bias di conferma
- Bias di disponibilità
- Bias dell'esperto
- Effetto alone
- Eccesso di fiducia

Questo permette alle sue strutture di lavorare con maggiore consapevolezza e professionalità, evitando errori di relazione o interpretazione che possono compromettere l'esperienza del paziente.

#### *2.4.5. La gestione del front office come leva strategica*

Nel network *Fisioterapia Italia* il front office è considerato: “Il luogo in cui si decidono il 70% delle fidelizzazioni e il 90% delle recensioni.” Il materiale formativo del network fornisce regole e strumenti pratici:

- Gestione telefonica
- Comunicazione assertiva
- Tecniche di accoglienza
- Gestione delle obiezioni
- Controllo dell'agenda
- Micro-leadership del desk
- Procedure standardizzate

*Battella* prende tutto questo e lo adatta alle sue strutture:

- Forma periodicamente il personale
- Crea protocolli chiari
- Monitora gli indicatori di qualità
- Introduce un sistema di feedback sul front office
- Lavora sulla relazione cliente-operatore

La differenza è evidente: i suoi centri diventano riconosciuti per l'accoglienza, l'organizzazione e la comunicazione.

#### *2.4.6. Leadership adattiva e guida del team*

Le slide di leadership del modello introducono:

- Leadership situazionale
- Leadership trasformazionale
- Leadership orientata alle persone
- Leadership orientata ai processi
- Modelli di empowerment del personale

*Battella* plasma questa teoria sulla sua esperienza sul campo, costruendo una leadership chiara, empatica, comunicativa, orientata agli obiettivi, capace di ascolto, in grado di leggere la maturità del team.

Il risultato è la guida di team complessi in modo molto più efficace rispetto alla fase iniziale della sua carriera.

#### *2.4.7. Procedure, processi e standardizzazione*

Il modello fornisce:

- Schemi di processo
- Diagrammi operativi
- Protocolli comportamentali
- Strumenti di monitoraggio
- Check-list operative
- KPI di analisi

*Battella* integra gli strumenti nelle sue strutture trasformandole in organizzazioni moderne, caratterizzate da:

- Processi chiari e replicabili
- Ruoli definiti
- Procedure uniformi
- Standard comuni tra tutte le sedi
- Controllo dei flussi
- Miglioramento continuo

Il network, che nasce da un piccolo centro, acquisisce una forma professionale e strutturata.



### *2.5 L'impatto dei materiali formativi di Fisioterapia Italia sulla professionalizzazione del modello Battella*

Uno degli elementi più distintivi del percorso di *Andrea Battella* è la capacità di trasformare contenuti formativi, strumenti operativi e modelli concettuali in metodologie di lavoro concrete, applicabili quotidianamente nelle sue strutture e in quelle che supporta come consulente strategico. Il modello *Fisioterapia Italia* e tutto il materiale ad esso collegato— slide, report, modelli organizzativi, ruote di valutazione, contenuti di coaching, esercitazioni su leadership, comunicazione, intelligenza emotiva e processi sanitari — hanno svolto un ruolo determinante nell'evoluzione del suo metodo manageriale. A differenza di molti network

sanitari, basati su standard tecnici o commerciali, *Fisioterapia Italia* propone un approccio completo che integra:

- Modello organizzativo
- Competenze manageriali
- Crescita personale del professionista
- Consapevolezza dei comportamenti
- Formazione sulla relazione terapeutica
- Processi replicabili
- Mentalità orientata al miglioramento continuo

Questi materiali non rappresentano semplicemente strumenti didattici, ma veri e propri codici operativi, capaci di definire come una struttura deve comportarsi per produrre qualità, efficienza e coesione interna. Tra i materiali più influenti vi è certamente la “*Ruota delle 5 Aree*”, uno strumento che sintetizza i pilastri operativi del modello *Fisioterapia Italia* e che *Andrea Battella* ha completamente integrato nella gestione delle sue strutture. Le cinque aree — *Accoglienza, Gestione Clinica, Comunicazione, Processi Interni, Performance Economica* — non sono semplici categorie, ma dimensioni attraverso cui leggere la struttura nella sua globalità. La logica interna alla ruota è duplice:

1. *Garantire equilibrio*: nessuna area può essere sviluppata a scapito delle altre. Una struttura eccellente nel servizio clinico ma debole nei processi organizzativi non può ottenere risultati duraturi. Allo stesso modo, una forte comunicazione senza un front office solido rappresenta un rischio

2. *Promuovere miglioramento continuo*: la ruota non è un giudizio statico, ma un sistema dinamico di autoanalisi dove ogni mese i centri vengono valutati su punteggi e indicatori, confrontati e aiutati a migliorare.

*Andrea Battella* ha adottato la ruota come strumento di controllo manageriale, integrandola nei processi di:

- Onboarding dei collaboratori

- Riunioni periodiche
- Analisi delle performance
- Costruzione del clima interno
- Definizione delle linee strategiche annuali
- Benchmarking tra i centri

In questo modo, ciò che nel materiale formativo era un modello teorico è diventato nel suo network un principio operativo quotidiano.

Un blocco significativo di *Fisioterapia Italia* è dedicato alla *leadership*. Tutto ciò che riguarda la leadership trasformazionale, le competenze emotive del leader, la gestione dei conflitti e il ruolo del comportamento del coordinatore nelle strutture sanitarie sono parte integrante del percorso che *Battella* ha seguito.

L'effetto non è stato solo formativo, ma evolutivo: ha trasformato il suo stile manageriale da “imprenditore operativo” a leader di sviluppo, capace di:

- Guidare team complessi
- Motivare collaboratori con profili molto diversi
- Gestire situazioni critiche
- Allenare i professionisti attraverso il coaching
- Costruire responsabilità distribuita

Il materiale formativo, teorico e pratico che ha portato Fisioterapia Italia dove è ora e di conseguenza il network di Battella, dunque, non è rimasto confinato nell'aula: si è tradotto in un cambiamento reale nel modo in cui *Battella* prende decisioni, costruisce ruoli e sviluppa il potenziale interno delle strutture.

Tutto ciò che rappresenta il Front Office è uno degli strumenti più preziosi per il modello *Battella*. Nella sua visione, infatti, l'accoglienza non è una funzione marginale, ma una leva strategica. Infatti, è il front office che determina:

- Il primo impatto del paziente
- L'immagine professionale del centro

- Il livello di fiducia
- La gestione del percorso terapeutico
- La percezione della qualità
- La fidelizzazione

*Fisioterapia Italia*, in merito a ciò che rappresenta il lavoro del front office, propone un modello estremamente preciso su:

- Come si risponde al telefono
- Come si accoglie un paziente
- Come si gestiscono ritardi, imprevisti, richieste difficili
- Come si gestisce la comunicazione non verbale
- Come si struttura il linguaggio professionale

*Battella* ha trasformato queste linee guida in un vero manuale operativo, applicato:

- In fase di selezione
- Nella formazione del personale
- Nelle verifiche periodiche
- Nelle riunioni interne
- Nel monitoraggio delle recensioni online

Il front office non è più un ruolo di supporto, ma una competenza strategica. Le sezioni formative dedicate al coaching, comprese quelle contenute nel documento redatto da *Luca Luciani*, rappresentano una delle influenze più profonde nel modello *Battella*. Il coaching viene considerato:

- Un metodo
- Una mentalità
- Un linguaggio
- Un sistema di relazione
- Uno strumento per lo sviluppo dell'autonomia

I materiali formativi enfatizzano alcune idee fondamentali:

- Il collaboratore va responsabilizzato, non controllato
- Il feedback non critica, ma allena
- L'obiettivo non è correggere, ma far crescere
- La leadership è la capacità di far emergere potenziale
- La consapevolezza è un prerequisito per migliorare

Da questa filosofia *Battella* ha ricavato un'intera struttura manageriale centrata sullo sviluppo continuo delle persone. Altra parte fondamentale dei materiali del network riguarda la dimensione psicologica e relazionale. Il modello di *Fisioterapia Italia*, appunto, affronta temi quali:

- Riconoscimento delle emozioni
- Gestione della relazione con il paziente
- Prevenzione dei conflitti
- Gestione degli stereotipi professionali
- Consapevolezza dei bias cognitivi
- Riflessività professionale

Queste competenze, in un settore come quello sanitario, fanno la differenza tra:

- Un team reattivo e un team maturo
- Un paziente soddisfatto e un paziente confuso
- Una struttura stabile e una struttura conflittuale

*Battella* ha inserito questi principi nei momenti di feedback, nelle riunioni di confronto, nei processi di selezione, nella comunicazione interna, nel lavoro dei coordinatori, creando così un sistema culturale completo, derivato direttamente dalle linee formative del network.

## 2.6 La trasformazione del modello Battella: dall'apprendimento alla consulenza strategica

L'incontro con il modello *Fisioterapia Italia* non ha rappresentato soltanto un momento formativo o un'occasione per acquisire strumenti organizzativi, ma un vero processo di trasformazione della visione professionale di *Andrea Battella*. A differenza di molti imprenditori sanitari che rimangono legati a un modello artigianale e centrato sulla singola struttura, *Battella* ha sviluppato un metodo che, nel tempo, è diventato esportabile, replicabile e applicabile a network complessi.

Il passaggio cruciale è stato riuscire a coniugare tre elementi:

1. L'*esperienza diretta* maturata sul campo nelle strutture da lui fondate o gestite
2. I *contenuti formativi e manageriali* appresi all'interno del network *Fisioterapia Italia*
3. La *capacità personale di tradurre teoria in operatività*, adattando ogni principio alla quotidianità dei centri sanitari privati.

Questa convergenza ha permesso di costruire un modello che non è semplicemente "ispirato" a *Fisioterapia Italia*, ma che rappresenta una versione evoluta, personalizzata e resa funzionale alle caratteristiche reali delle strutture che compongono il suo network.

Una volta consolidata la gestione delle proprie strutture, *Battella* si rende conto che i principi adottati — ruoli definiti, cultura organizzativa forte, coaching, formazione, processi chiari, front office strutturato — sono completamente trasferibili anche a realtà esterne.

La richiesta di supporto arriva spontaneamente da altri centri che osservano:

- La crescita del personale
- La stabilità dei team
- La qualità percepita
- La reputazione digitale

- La continuità dei processi
- La solidità economica
- La capacità di gestire ambienti complessi

Ciò segna il passaggio da manager di strutture a consulente strategico riconosciuto, in grado di portare il proprio metodo in altre realtà sanitarie in diverse regioni italiane. La consulenza non è intesa come un intervento episodico, ma come un percorso strutturato che comprende:

- Analisi dei processi
- Valutazione organizzativa con la Ruota delle 5 Aree
- Formazione dei team
- Affiancamento dei coordinatori
- Riorganizzazione degli spazi
- Supporto nella comunicazione interna
- Revisione dei protocolli operativi
- Integrazione del modello di coaching

In questo modo, ciò che nasce come un approccio interno diventa un modello professionale maturo, capace di generare valore anche al di fuori del suo network originario. L'impatto del modello adottato da Battella è misurabile su più dimensioni:

*1. Sul fronte organizzativo, infatti le strutture acquisiscono:*

- Chiarezza dei ruoli
- Riduzione del conflitto interprofessionale
- Standardizzazione delle attività
- Processi più fluidi
- Maggiore responsabilizzazione

Questo crea un sistema in cui ogni collaboratore sa cosa fare, quando farlo e come farlo.

*2. Sul fronte clinico e del percorso paziente, motivo per cui la qualità*

percepita aumenta grazie a:

- Miglior comunicazione tra professionisti
- Coordinamento delle agende
- Uniformità nella presa in carico
- Riduzione delle discontinuità terapeutiche

Il paziente percepisce una struttura più moderna, affidabile e orientata alla cura continua.

3. *Sul clima interno e sulla collaborazione*, poiché il coaching e il lavoro sulla consapevolezza generano:

- Team più maturi
- Riduzione delle tensioni
- Maggiore apertura al confronto
- Crescita dell'autonomia individuale
- Senso di appartenenza più forte

Gli strumenti psicologici ed emotivi introdotti dal materiale formativo di *Fisioterapia Italia* diventano parte della cultura quotidiana.

4. *Sul piano economico e gestionale* l'allineamento tra:

- Front office
- Area clinica
- Comunicazione
- Processi interni

produce un effetto diretto sui risultati, con:

- Minori inefficienze
- Maggiore carico di lavoro gestibile
- Riduzione dei tempi morti
- Aumento della soddisfazione dei pazienti
- Fidelizzazione migliore
- Reputazione online più forte

Questo circolo virtuoso rende il modello competitivo e sostenibile.

Al termine di questo processo evolutivo, il metodo di *Andrea Battella* può essere definito come un modello ibrido:

- Nasce dall'esperienza personale
- Si struttura grazie ai materiali e agli insegnamenti del network *Fisioterapia Italia*
- Si rafforza attraverso anni di gestione reale di più strutture
- Si completa con il lavoro di consulenza
- Evolve continuamente sulla base delle nuove sfide del settore sanitario

È un modello costituito da più tipologie: empirica + scientifica, teorica + operativa, manageriale + umana, con un punto fisso: il miglioramento continuo delle persone e dell'organizzazione.

Il percorso descritto mostra come *Fisioterapia Italia* non abbia semplicemente influenzato il modello *Battella*, ma ne abbia rappresentato il catalizzatore, accelerando la sua trasformazione da imprenditore a manager e da manager a consulente strategico.

Il risultato è un metodo moderno, integrato e replicabile, capace di produrre valore non solo nelle strutture del *FisioMedical Group*, ma in tutte le realtà che negli anni hanno scelto di adottarlo.



## Capitolo terzo

# LA GESTIONE STRATEGICA DELLE PERSONE NELLE STRUTTURE SANITARIE PRIVATE: TEORIA, MODELLI E APPLICAZIONI NEL FISIO MEDICAL GROUP

### 3.1 *Struttura organizzativa e ruoli chiave: il modello di Andrea Battella*

La gestione delle strutture sanitarie private richiede un modello organizzativo capace di governare complessità, eterogeneità professionale, processi assistenziali articolati e un rapporto diretto con la domanda dei pazienti. La letteratura sociologica sottolinea che la sanità contemporanea non può essere interpretata solo come un insieme di prestazioni cliniche, ma come un sistema organizzato, composto da professionisti che co-producono servizi e che necessitano di coordinamento, comunicazione e strutture chiare.

Secondo *Salvatore*, le organizzazioni sanitarie sono “sistemi relazionali complessi”, nei quali la qualità del servizio dipende sia dalle competenze cliniche sia dalla “capacità organizzativa” dell’ente<sup>59</sup>. *Tousijn* evidenzia come la sanità moderna sia caratterizzata da una crescente necessità di integrare ruoli e processi: la struttura organizzativa diventa quindi uno dei principali indicatori di qualità del servizio<sup>60</sup>. In questo contesto, le strutture private devono essere ancora più attente alla progettazione del lavoro: efficienza, reputazione e customer experience sono dimensioni competitive decisive. La qualità percepita dal paziente non dipende solamente dall’esito della prestazione sanitaria, ma anche dal modo in cui i processi vengono gestiti, dalle relazioni interne e dalla chiarezza dei ruoli. Il modello del *Fisio Medical Group* si inserisce proprio in questa prospettiva: una sanità privata che non delega l’efficienza all’improvvisazione, ma costruisce un’organizzazione intenzionale, progettata, replicabile e altamente orientata al miglioramento continuo. La struttura organizzativa adottata da *Andrea Battella*

---

<sup>59</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 67-72.

<sup>60</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 41-46.

rappresenta il punto di incontro tra esperienza empirica e teoria gestionale. Il modello nasce dal lavoro quotidiano svolto nella prima struttura — *Fisiorhab 360* — e si consolida negli anni successivi attraverso l’apertura di nuovi centri, la gestione di team sempre più numerosi e la definizione di processi replicabili all’interno del *FisioMedical Group*. La sua impostazione organizzativa si fonda su tre elementi cardine:

### 1. *Chiarezza dei ruoli*

Ogni collaboratore — front office, fisioterapista, medico, responsabile di sede — conosce cosa deve fare, come deve farlo, quale standard seguire, a chi rispondere e quali obiettivi misurare. Questo approccio è coerente con il modello di *Mintzberg*, secondo cui la chiarezza del ruolo professionale e dei flussi operativi riduce errori, migliora la performance e stabilizza l’organizzazione<sup>61</sup>.

### 2. *Standardizzazione dei processi*

Fin dagli inizi, *Battella* ha introdotto protocolli chiari, procedure scritte, processi ripetibili, strumenti comuni tra i centri e formazione interna su ogni procedura. Questa standardizzazione non irrigidisce l’organizzazione, ma crea un linguaggio comune e facilita l’integrazione di nuovi collaboratori. Nei servizi sanitari privati, la standardizzazione rappresenta uno dei principali fattori di qualità percepita, come mostrato anche dalla letteratura sulla *customer care sanitaria*.

### 3. *Integrazione tra area clinica e area gestionale*

A differenza di molte realtà sanitarie in cui le due aree procedono in parallelo senza comunicare, nel modello di *Battella*:

- Front office e area clinica operano come un’unica unità organizzativa
- Condividono informazioni
- Valorizzano il ruolo dell’accoglienza
- Orientano il percorso del paziente in modo coordinato

Questo rappresenta uno degli aspetti più innovativi del modello e rientra nelle teorie della “co-produzione del servizio” tipiche dei sistemi sanitari moderni. Uno

---

<sup>61</sup> H. Mintzberg, *Mintzberg on Management*, New York, Free Press, 1989, pp. 77-82.

dei tratti più distintivi dell'approccio organizzativo riguarda la centralità del front office. Molte strutture sanitarie italiane considerano il front office come una funzione amministrativa, un lavoro marginale ed un ruolo facilmente sostituibile, mentre nel *Fisio Medical Group* è l'esatto opposto. Il front office nel modello sviluppato da Battella ha quattro funzioni strategiche:

1. *È la prima interfaccia emozionale del paziente*: le ricerche sulla *patient experience* confermano che il 70% della percezione di qualità nasce dal primo contatto

2. *Determina la qualità del percorso*, dal momento che il front office assegna correttamente prestazioni, professionisti, orari, priorità

3. *Riduce incomprensioni, errori e reclami*, infatti, quando il front office comunica bene, il resto dell'organizzazione "respira meglio".

4. *Supporta la leadership interna*, dal momento che ha un ruolo di ponte tra direzione, equipe clinica e pazienti.

Questa visione è perfettamente allineata ai principi sociologici di *Corposanto*, che identifica il front office come "spazio di mediazione relazionale" all'interno dei percorsi di salute<sup>62</sup>. Il modello definisce quattro ruoli strategici:

1. *Direzione / Imprenditore – Andrea Battella* che rappresenta la guida strategica, il controllo qualità, la visione, la cultura aziendale, lo sviluppo dei centri

2. *Responsabile di sede / Coordinatore*

Figura indispensabile per la stabilità quotidiana, la gestione micro-processi, il supporto all'equipe, il monitoraggio degli standard ed il clima organizzativo

3. *Front office professionale*

Non "segretarie", ma professionisti formati in:

- Comunicazione
- Gestione emozionale
- Accoglienza
- Organizzazione delle agende

---

<sup>62</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 112-119.

- Customer experience

#### 4. *Equipe clinica*

Fisioterapisti e medici operano in un sistema organizzato:

- Protocolli condivisi
- Comunicazione chiara
- Riunioni periodiche
- Responsabilità definita

Questo assetto è in linea con il modello di “struttura multiprofessionale a leadership diffusa” di *Leone et al.*<sup>63</sup>. Il contributo del modello *Fisioterapia Italia* al modo di organizzare le strutture è particolarmente evidente in tre aspetti:

##### a) *Disciplina nei processi*

Le slide, i manuali e la "Ruota delle 5 Aree" spingono le strutture ad adottare procedure, standard e linguaggi comuni. Tutto ciò ha dato forma tecnica a intuizioni che *Battella* aveva già costruito nella pratica.

##### b) *Approccio sistemico alla gestione*

Il modello *Fisioterapia Italia* insegna a leggere i processi, decodificare i comportamenti ed interpretare i segnali organizzativi: tutto ciò ha rafforzato la capacità di *Battella* di coordinare strutture complesse.

##### c) *Consapevolezza dei bias e comunicazione consapevole*

Strumenti come consapevolezza dei bias, coaching, analisi del comportamento e comunicazione assertiva hanno trasformato la leadership, permettendo di guidare team più maturi e consapevoli.

### 3.2 *Comunicazione interna e motivazione del personale*

Nelle organizzazioni sanitarie contemporanee la comunicazione interna non rappresenta un semplice flusso di informazioni, ma costituisce un elemento strutturale, una vera e propria “infrastruttura relazionale” che permette al sistema

---

<sup>63</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 98-105.

di funzionare in modo coordinato. Come evidenzia la sociologia delle organizzazioni sanitarie, la qualità comunicativa è direttamente correlata alla qualità del servizio, alla sicurezza delle cure e al benessere dei professionisti. La comunicazione interna, nelle strutture private multiprofessionali, svolge almeno tre funzioni centrali:

1. *Funzione coordinativa*: allinea i professionisti, riduce l'incertezza e permette la gestione dei flussi di lavoro
2. *Funzione cognitiva*: consente ai collaboratori di comprendere la visione, la strategia e le priorità dell'organizzazione
3. *Funzione identitaria*: costruisce un senso di appartenenza e coesione, generando cultura organizzativa.

Tale approccio è coerente con quanto affermato da *Salvatore*, secondo cui nelle strutture complesse “la comunicazione non è accessoria ma sistemica: se si ferma, si ferma tutto”<sup>64</sup>.

Nel settore sanitario privato — dove la qualità percepita dal paziente è un indicatore competitivo decisivo — la comunicazione interna diventa uno strumento di governo, non un elemento secondario. Il sistema di comunicazione interna sviluppato nel *Fisio Medical Group* è il risultato di un'evoluzione naturale del percorso professionale di *Battella* che nel corso del tempo ha strutturato un modello chiaro, replicabile e coerente, basato su tre principi fondamentali:

*a) Trasparenza organizzativa*

Ogni collaboratore deve sapere cosa sta succedendo, quali sono gli obiettivi, come funzionano i processi e quali indicatori vengono monitorati. La trasparenza genera fiducia, riduce conflitti e promuove responsabilità individuale. *Corposanto* definisce questo processo “comunicazione legittimante”: l'organizzazione legittima il lavoro rendendolo comprensibile a tutti<sup>65</sup>.

*b) Flussi comunicativi regolari, non occasionali*

---

<sup>64</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 67-72.

<sup>65</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 112-119.

Nel modello di *Battella* la comunicazione avviene attraverso:

- Riunioni periodiche di sede
- Comunicazioni scritte standardizzate
- Chat interne strutturate
- Aggiornamenti settimanali
- Briefing clinici
- Feedback individuali

Tutto ciò sopracitato dà stabilità e crea un ritmo organizzativo riconoscibile.

*c) Comunicazione integrata tra front office, direzione ed equipe clinica*

Uno degli elementi più innovativi che ha introdotto *Battella* è l'integrazione "verticale" della comunicazione:

- Il front office comunica in modo coordinato con la direzione
- La direzione comunica con i clinici
- I clinici comunicano tra loro tramite protocolli condivisi
- Ogni informazione viene trasferita in modo pulito

Questa rete comunicativa riduce gli errori, migliora l'esperienza del paziente e rafforza la percezione di affidabilità. La motivazione del personale sanitario non dipende soltanto da retribuzione o condizioni contrattuali. La letteratura — da *Herzberg* a *Meyer e Allen* — conferma che nel settore sanitario la motivazione nasce da elementi profondamente relazionali e identitari. Le ricerche mostrano che i professionisti sanitari risultano maggiormente motivati quando percepiscono:

1. Autonomia e responsabilità
2. Senso di appartenenza
3. Crescita professionale
4. Clima positivo
5. Riconoscimento
6. Coerenza tra valori personali e valori dell'organizzazione

Il modello oggetto di studio integra tutti questi elementi attraverso un assetto sistemico che valorizza la persona, il ruolo, il lavoro quotidiano e la relazione interna. Ci sono degli elementi fondamentali che fanno sì che il modello *Fisio*

*Medical Group* motivi i suoi collaboratori in modo talmente profondo che essi stessi vogliono restare a lungo all'interno di questa organizzazione, soprattutto per come si sentono all'interno di essa:

*a) Il riconoscimento come leva strategica*

Nell'approccio utilizzato da *Battella* la motivazione parte da una premessa: le persone devono sentirsi viste. Per questo:

- Celebra i risultati
- Valorizza i comportamenti corretti
- Da feedback puntuali
- Sottolinea i progressi
- Riconosce pubblicamente l'impegno

Questo approccio è coerente con il modello della "leadership trasformativa", che enfatizza il ruolo del leader come facilitatore della crescita.

*b) Ruoli chiari → motivazione alta*

Le strutture con ruoli confusi generano:

- Conflitti
- Incertezza
- Demotivazione
- Burnout

Le strutture di *Battella* invece offrono:

- Compiti definiti
- Obiettivi misurabili
- Processi standardizzati
- Percorsi chiari di crescita

Tutto questo porta a maggiore sicurezza psicologica, un elemento essenziale per il benessere organizzativo.

*c) Formazione continua come incentivo motivazionale*

La formazione nel *FisioMedical Group* riguarda:

- Front office
- Fisioterapisti

- Medici
- Coordinatori
- Responsabili

La crescita professionale costante è uno dei principali fattori motivazionali riconosciuti dalla letteratura sanitaria.



Il modello *Fisioterapia Italia* ha dato al sistema di comunicazione e motivazione di *Andrea Battella* due elementi fondamentali:

#### *1. La struttura del coaching*

Le sessioni di coaching presenti nei documenti di *Luciani*, nelle slide formative e nella metodologia del network hanno rafforzato:

- L'approccio alla performance
- La cultura del feedback
- La consapevolezza individuale
- La gestione emotiva interna

Lo stesso *Battella* ha integrato questo metodo trasformandolo in un sistema organizzativo stabile.

## *2. La comunicazione consapevole (no bias)*

Il materiale formativo *Fisioterapia Italia* insiste sui bias cognitivi, cioè gli errori sistematici che influenzano valutazioni e relazioni. *Battella* ha applicato questi concetti nelle riunioni, nelle comunicazioni interne, nei processi decisionali, nella risoluzione dei conflitti e nel coordinamento dei team. Le strutture che riconoscono i bias comunicano meglio, decidono meglio e mantengono relazioni più sane. Il clima interno del network oggetto di studio è costruito attivamente attraverso riunioni brevi e regolari, ascolto costante, confronto non giudicante, prevenzione dei conflitti, regole chiare, feedback condivisi e comportamento coerente della leadership. La sociologia delle organizzazioni conferma che il clima non nasce spontaneamente, ma deve essere progettato e mantenuto nel tempo. Il modello di *Battella* si basa su:

- Autorevolezza non autoritarismo
- Leadership adattiva
- Equità nelle decisioni
- Valorizzazione delle diversità professionali

Tutto questo consolida la coesione del team, riduce il turnover, migliora la qualità percepita dal paziente.

### *3.3 La selezione e la fidelizzazione dei collaboratori*

Nel contesto delle strutture sanitarie private, la selezione del personale rappresenta una delle attività più critiche e determinanti per la qualità complessiva del servizio. Le competenze tecniche per quello che riguarda il settore sanitario privato non bastano: la qualità percepita dal paziente dipende (almeno) in egual misura dalle competenze relazionali, dalla capacità comunicativa e dalla coerenza con la cultura organizzativa della struttura. La letteratura conferma che le organizzazioni sanitarie che pongono attenzione alla selezione ottengono:

- Maggiore qualità del servizio

- Minore turnover
- Team più coesi
- Maggiore soddisfazione del paziente
- Standard più elevati di sicurezza e comunicazione

In un settore in cui il paziente vive spesso emozioni complesse — incertezza, vulnerabilità, aspettative elevate — è fondamentale selezionare persone capaci di comunicare, accogliere, ascoltare e gestire situazioni di tensione. *Becker* definisce queste competenze come “capitale umano relazionale”, una risorsa aziendale difficile da imitare e tra le più decisive per il successo di lungo periodo<sup>66</sup>. Per questo, nel *FisioMedical Group* la selezione non è un atto amministrativo, ma una scelta strategica che influisce direttamente sull’identità della struttura.



---

<sup>66</sup> G. Becker, *Human Capital*, Chicago, University of Chicago Press, 1993, pp. 15-18.

Il modello di selezione sviluppato da *Andrea Battella* integra elementi della letteratura manageriale, della sociologia delle professioni sanitarie e dei principi del coaching appresi tramite il network *Fisioterapia Italia*.

La selezione avviene attraverso quattro passaggi principali:

*a) Analisi preliminare del profilo professionale*

La prima fase consiste nel valutare:

- Competenze tecniche certificate
- Esperienze pregresse
- Specializzazioni
- Capacità operative

Questa fase risponde al principio di *Tousijn* secondo cui la professionalità in sanità nasce dall'equilibrio tra conoscenze tecniche e capacità interattive<sup>67</sup>.

*b) Valutazione dell'attitudine relazionale*

Nel modello preso in esame, la selezione non si ferma alle competenze. Grande attenzione è rivolta a:

- Capacità comunicative
- Empatia
- Gestione dello stress
- Orientamento al paziente
- Collaborazione con il team
- Capacità di ascolto

Questi elementi sono essenziali perché l'esperienza del paziente viene costruita nel rapporto con il personale. *Leone* definisce questa fase “analisi multidimensionale del comportamento professionale”<sup>68</sup>.

*c) Coerenza con i valori del network*

Un punto determinante del metodo di *Battella* è valutare se il candidato è

---

<sup>67</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 41-46.

<sup>68</sup> L. Leone et al., *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., p. 80.

coerente con la cultura del gruppo. Ciò include:

- Attitudine alla formazione
- Disponibilità al feedback
- Predisposizione alla crescita personale
- Flessibilità
- Orientamento al miglioramento
- Capacità di adattarsi a processi organizzativi chiari

Questo criterio rispecchia la prospettiva di *Schein*, secondo cui l'allineamento culturale è più predittivo del successo rispetto alle competenze tecniche<sup>69</sup>.

*d) Colloquio orientato al coaching*

L'ultima fase della selezione applica direttamente i principi del coaching appresi tramite *Fisioterapia Italia*:

- Domande esplorative
- Focus su auto-consapevolezza
- Riflessione sui comportamenti
- Valutazione della motivazione individuale
- Orientamento agli obiettivi

L'obiettivo non è giudicare, ma comprendere come il candidato ragiona, percepisce il proprio ruolo e vive la relazione col paziente. La fidelizzazione inizia dal primo giorno di lavoro, attraverso un sistema di onboarding strutturato.

Nel modello di *Battella*, l'onboarding comprende:

1. *Accoglienza personale e presentazione formale del team*: in questo modo il collaboratore comprende subito di entrare in un'organizzazione che valorizza la relazione e il clima interno
2. *Spiegazione chiara dei ruoli*: attività questa che riduce l'incertezza, aumenta la sicurezza psicologica e previene errori
3. *Formazione iniziale su protocolli, processi e comunicazione interna*: questo step è fondamentale poiché senza processi chiari la qualità non può essere

---

<sup>69</sup> E. H. Schein, *Organizational Culture and Leadership*, San Francisco, Jossey-Bass, 2010, pp. 55-60.

mantenuta

4. *Tutoraggio iniziale*: ogni nuovo membro viene affiancato da un collaboratore con esperienza

5. *Feedback a 30, 60 e 90 giorni*

Questo sistema deriva direttamente dalle metodologie del coaching: osservare, valutare, allineare.

La letteratura sottolinea che un onboarding strutturato aumenta in modo significativo il commitment organizzativo. Una delle caratteristiche peculiari e delle volontà di *Andrea Battella* è la capacità di far crescere i collaboratori e mantenerli nel tempo. La fidelizzazione, nel suo modello, si basa su una serie di strumenti integrati:

a) *Formazione continua e crescita professionale*

Nel network, la formazione è costante, multidisciplinare, centrata sulla persona, sia tecnica che relazionale, con forte uso del coaching.

b) *Cultura del feedback*

Ogni collaboratore sa cosa sta facendo bene, cosa può migliorare, quali obiettivi ha e come raggiungerli: in questo modo la sicurezza psicologica aumenta e la motivazione cresce.

c) *Leadership trasformativa*

*Battella* applica uno stile basato su ascolto, accompagnamento, valorizzazione, chiarezza e responsabilizzazione: questo è lo stile più efficace nelle strutture sanitarie, dove il lavoro emotivo è elevato e il team ha bisogno di guida, non di autoritarismo.

d) *Percorsi di crescita chiari*

Nel *Fisio Medical Group* ogni collaboratore può evolvere da front office a coordinatore, da fisioterapista a referente clinico, da collaboratore a responsabile, da responsabile a formatore interno: la crescita è sempre reale, visibile e meritocratica.

e) *Clima organizzativo positivo*

Il clima interno è costruito attraverso riunioni periodiche, ascolto costante,

gestione preventiva dei conflitti, coerenza del leader e rituali organizzativi condivisi. La letteratura mostra che il clima è il primo fattore che determina la permanenza dei professionisti. Il contributo del modello *Fisioterapia Italia* alla gestione *Battella* è evidente:

- Coaching
- Consapevolezza
- Standardizzazione
- Ruota delle 5 aree
- Valutazione periodica
- Lavoro sui bias
- Cultura del miglioramento

Tutti questi strumenti hanno rafforzato la capacità di leggere i comportamenti, motivare il team, prevenire i conflitti, stabilizzare i collaboratori e costruire una cultura interna forte: oggi il network di *Andrea Battella* è riconosciuto proprio per questo.



Un elemento distintivo nella gestione delle strutture sviluppate da *Andrea Battella* è la capacità di trasformare un insieme di professionisti eterogenei in una comunità coesa. Questo processo non avviene spontaneamente, ma richiede una strategia intenzionale, continua e ben strutturata. La cultura organizzativa, infatti, non è soltanto un insieme di valori dichiarati o slogan motivazionali: è l'espressione concreta dei comportamenti quotidiani, delle decisioni di leadership e dei rituali che regolano la vita interna delle strutture sanitarie. Nel modello gestionale applicato da *Battella*, la cultura aziendale viene costruita attraverso diversi strumenti operativi:

1. *Definizione chiara dei valori centrali*: ogni struttura identifica i valori di riferimento che orientano la relazione con il paziente e il lavoro interno. Questi valori — professionalità, accoglienza, responsabilità, trasparenza e miglioramento continuo — sono presenti nella comunicazione interna, nei protocolli operativi, nei percorsi formativi e nei momenti di team building

2. *Ritualizzazione dei processi*: le riunioni di team, i momenti di formazione, i feedback periodici, le revisioni dei processi e gli incontri di coaching diventano rituali organizzativi che rafforzano la coesione interna. La letteratura conferma che i rituali organizzativi contribuiscono alla costruzione del senso di appartenenza, in quanto offrono prevedibilità e continuità dentro un contesto dinamico e complesso

3. *Coerenza tra leadership e valori dichiarati*. La leadership adottata nelle strutture applica i principi del modello *Fisioterapia Italia*: comunicazione chiara, feedback continuo, disponibilità all'ascolto, valorizzazione delle persone e attenzione al clima emotivo. Quando la leadership è coerente con i valori dichiarati, la cultura aziendale si consolida e diventa credibile agli occhi dei collaboratori

4. *Strumenti di allineamento culturale*

- La Ruota delle 5 Aree
- I protocolli di comunicazione interna
- I percorsi di coaching
- La formazione sul riconoscimento dei bias cognitivi

- I modelli di organizzazione del front office

Sono strumenti che permettono di trasferire una cultura condivisa, traducendo i valori in pratiche concrete e ripetibili

5. *Coinvolgimento attivo dei collaboratori*: la cultura organizzativa non viene imposta dall'alto, ma costruita coinvolgendo i professionisti nelle decisioni, nella segnalazione dei problemi, nella definizione di obiettivi e nella correzione dei processi. Questo approccio favorisce responsabilità, autonomia e commitment.

6. *Costruzione di un linguaggio comune*. Il materiale formativo sviluppato insieme al modello *Fisioterapia Italia* — slides, protocolli, linee guida, manuali operativi — consente ai collaboratori di utilizzare lo stesso linguaggio tecnico e relazionale, riducendo incomprensioni e migliorando la fluidità dei processi.

Col tempo, questo insieme di pratiche ha reso possibile la creazione di culture locali coerenti tra loro, pur rispettando le peculiarità di ciascun centro. Questa coerenza culturale è alla base della performance dei centri del network: riduce turnover, migliora la qualità del servizio, aumenta la soddisfazione del paziente e potenzia la competitività. Uno dei punti più innovativi del modello sviluppato da *Battella* è l'integrazione del coaching nella gestione ordinaria delle strutture sanitarie. Il coaching non viene visto come una pratica isolata, ma come un elemento strutturale che collega:

- Qualità relazionale
- Gestione del paziente
- Performance operativa
- Crescita del personale
- Riduzione del conflitto
- Prevenzione degli errori
- Benessere organizzativo

Il coaching, così come formalizzato nel modello *Fisioterapia Italia*, agisce su tre livelli:

1. *Livello individuale*, infatti aiuta ciascun collaboratore a:

- Riconoscere i propri punti di forza e di miglioramento

- Sviluppare consapevolezza dei propri comportamenti
- Gestire meglio emozioni, stress e situazioni complesse
- Migliorare la comunicazione con i pazienti
- Collaborare in modo più efficace con colleghi e referenti

2. *Livello relazionale* dove il coaching viene utilizzato per:

- Migliorare la comunicazione interna
- Prevenire fraintendimenti
- Gestire feedback e confronti
- Ridurre tensioni emotive
- Creare fiducia all'interno dei team
- Aumentare la chiarezza nei passaggi di responsabilità

3. *Livello organizzativo* dove il coaching contribuisce a:

- Mantenere coerenza tra valori e processi
- Garantire allineamento interno
- Sostenere la cultura aziendale
- Aumentare la qualità percepita dal paziente
- Facilitare la risoluzione dei problemi operativi

Il coaching, unito alla definizione dei ruoli, ai protocolli e ai processi condivisi, genera un miglioramento della qualità del servizio in termini di:

- Tempi di attesa ridotti
- Accoglienza più professionale
- Chiarezza informativa
- Maggiore empatia
- Riduzione degli errori comunicativi
- Più coerenza tra centri diversi

La letteratura sanitaria moderna conferma che la qualità percepita dipende più dall'interazione e dal processo che dalla prestazione clinica in sé. Ed è proprio qui che il modello costruito da *Battella* trova il suo maggiore punto di forza.

### 3.4 *La leadership operativa e strategica delle strutture sanitarie: il modello di Andrea Battella*

Uno degli aspetti più caratterizzanti del modello gestionale sviluppato da *Andrea Battella* è la combinazione tra *leadership operativa* — quella esercitata quotidianamente all'interno delle strutture — e *leadership strategica*, orientata alla visione d'insieme, allo sviluppo del network e alla crescita dei collaboratori. Le due dimensioni non vengono concepite come separate, ma come parti di un unico sistema che consente ai centri del *Fisio Medical Group* e alle realtà seguite in consulenza di mantenere coerenza, stabilità e capacità evolutiva. All'interno delle strutture sanitarie, la leadership operativa è fondamentale per garantire:

- Funzionamento quotidiano fluido
- Coordinamento tra front office, fisioterapisti, medici e specialisti
- Continuità dei processi
- Gestione dei flussi di pazienti
- Rispetto dei protocolli organizzativi
- Gestione delle criticità in tempo reale

Il modello di *Battella* si fonda su tre principi:

#### *a) Presenza attiva nella struttura*

Il leader è presente nei momenti chiave della giornata, osserva i processi, supporta i collaboratori, chiarisce dubbi e assicura il corretto svolgimento delle procedure. Questa presenza “visibile”, ispirata ai principi della *management by walking around*, crea fiducia, riduce la distanza percepita e permette di intervenire tempestivamente sulle criticità quotidiane.

#### *b) Comunicazione chiara e continua*

I flussi informativi sono ordinati, strutturati e costanti. Riunioni, aggiornamenti via canale interno, feedback brevi e diretti: tutto contribuisce a mantenere un ambiente trasparente e prevedibile. La chiarezza comunicativa è uno degli elementi più apprezzati dai collaboratori, in un settore spesso caratterizzato da

frammentazione informativa.

*c) Sostegno continuo alle persone*

La leadership operativa nel modello non è gerarchica né autoritaria: è di servizio. Il leader facilita, sostiene, forma, corregge e guida. Questo stile ricorda la leadership trasformazionale, ma applicata al contesto sanitario, dove l'impatto emotivo e relazionale sui professionisti è particolarmente rilevante.



La leadership strategica, invece, riguarda la capacità di:

- Leggere il mercato sanitario
- Analizzare trend emergenti
- Anticipare bisogni territoriali
- Definire nuove aperture o ristrutturazioni

- Creare partnership
- Coordinare i centri del network
- Sostenere la crescita dei professionisti e dei responsabili

In questa dimensione, *Battella* applica un approccio basato su:

*a) Visione sistemica del lavoro sanitario*

Ogni centro non è visto come una realtà isolata, ma come parte di un sistema più ampio. La rete, intesa nel senso sociologico, permette flussi di competenze, collaborazione e condivisione. Questo approccio aumenta la competitività collettiva e rafforza ogni singolo centro.

*b) Pianificazione basata sui dati*

Analisi dei flussi, KPI, monitoraggio dei processi, valutazione periodica degli obiettivi. La leadership strategica usa i dati per prendere decisioni: un elemento ancora non diffuso in molte strutture sanitarie italiane, spesso guidate più dall'intuizione che da metriche oggettive.

*c) Sviluppo del capitale umano come investimento centrale*

La leadership strategica mette la crescita delle persone al centro del lavoro manageriale.

Formazione, coaching, responsabilità progressiva: tutto concorre a generare professionisti più consapevoli e più fedeli alla struttura.

*d) Continuità del metodo anche in contesti diversi*

Ogni nuova apertura o ristrutturazione segue un metodo identico, ma adattato al contesto. Questo consente replicabilità senza rigidità, continuità senza uniformità forzata. L'applicazione di un modello di leadership integrato — operativa e strategica — produce effetti tangibili su:

*1. Clima organizzativo, grazie al quale i collaboratori percepiscono:*

- Maggiore supporto
- Più chiarezza
- Meno stress
- Più collaborazione interna
- Più stabilità

Un buon clima organizzativo, come evidenziato dalla letteratura sanitaria, è correlato direttamente alla performance e alla qualità percepita.

### *2. Performance dei professionisti*

Il fatto che vi siano dei ruoli chiari, porta ad avere meno errori, l'aver feedback costanti si trasforma in un miglioramento continuo, una leadership presente crea minor conflitto ed un clima positivo maggiore produttività.

### *3. Qualità percepita dal paziente*

I pazienti percepiscono leadership attraverso:

- Puntualità
- Ordine
- Accoglienza
- Coerenza
- Cura del dettaglio
- Comunicazione professionale

Questo costruisce fiducia, reputazione e fidelizzazione.

### *3.5 La gestione dell'esperienza del paziente come competenza organizzativa*

Uno dei tratti distintivi del modello gestionale adottato da *Battella* è la trasformazione dell'esperienza del paziente in una vera competenza distintiva del centro. Nel network, la "*patient experience*" non viene trattata come un concetto astratto, ma come un processo strutturato che coinvolge:

- Front office
- Area clinica
- Comunicazione interna
- Ambiente fisico
- Digitalizzazione
- Gestione delle emozioni
- Qualità percepita

Il paziente viene accompagnato sin dal primo contatto:

- Risposta telefonica chiara
- Tono di voce empatico
- Gestione efficiente delle agende
- Reminder automatici
- Informazioni complete e professionali
- Accoglienza coerente con il brand

Il front office, in questo senso, è un vero “reparto emozionale”. Nelle strutture gestite o ristrutturate da *Battella*, è fondamentale che vi siano:

- Spazi luminosi
- Percorsi chiari
- Pulizia costante
- Segnaletica uniforme
- Arredi coerenti
- Privacy nei percorsi clinici

Tutto ciò concorre a ridurre ansia, confusione e percezione di disordine. La prestazione sanitaria non è solo un atto tecnico: è un processo relazionale con fasi e linee guida precise. Il modello include:

- Accoglienza clinica
- Anamnesi completa
- Spiegazione chiara del percorso
- Trattamento
- Follow-up
- Eventuale comunicazione interdisciplinare

Il post trattamento è gestito con:

- Follow-up programmati
- Messaggi di controllo
- Richiesta di feedback
- Possibilità di comunicare criticità

Questo aumenta fiducia e fidelizzazione.

### 3.6 Sistemi di controllo, monitoraggio e miglioramento continuo

Un elemento chiave del modello gestionale adottato da *Andrea Battella* è l'introduzione di un sistema strutturato di monitoraggio dei processi, capace di trasformare la gestione sanitaria — spesso frammentata e reattiva — in un processo organizzato, misurabile e migliorabile nel tempo. Il modello non applica un controllo di gestione rigido, di tipo aziendale-industriale, bensì una forma “umanizzata”, coerente con la natura relazionale delle strutture sanitarie. Il principio è semplice: misurare ciò che è misurabile senza perdere la centralità delle persone. Gli elementi monitorati comprendono:

- Flussi di pazienti
- Tempi di attesa
- Qualità della comunicazione del front office
- Aderenza ai protocolli
- Coerenza del percorso clinico
- Indicatori di performance del team
- Risultati percepiti dal paziente
- Feedback qualitativi
- Tasso di riconversione
- Tasso di fidelizzazione

Questi dati vengono letti non per “punire” ma per comprendere. Il modello si ispira alle logiche delle *learning organizations*, dove ogni struttura impara dai propri dati per migliorare.



All'interno del materiale formativo di *Fisioterapia Italia* — integrato completamente nel modello di Battella — è presente uno strumento fondamentale: la *Ruota delle 5 Aree*. Questo sistema valuta, in modo armonico e bilanciato, cinque dimensioni:

1. Accoglienza e front office
2. Gestione clinica e protocolli
3. Comunicazione con il paziente
4. Processi interni e organizzazione
5. Performance economica e sostenibilità

La Ruota ha una funzione doppia:

- Diagnostica attraverso la quale mostra punti di forza e criticità
- Strategica che indica dove intervenire per crescere

Nelle strutture del network viene utilizzata:

- Nelle fasi di start-up
- Nelle ristrutturazioni
- Nelle analisi trimestrali di performance
- Nei percorsi di coaching con i responsabili
- Nei momenti di formazione interna

È uno strumento che ha fortemente influenzato la crescita del network, perché permette una visione oggettiva e condivisa dello stato della struttura. Il modello introduce KPI chiari, ma semplici, per evitare la “burocratizzazione” tipica di molti sistemi sanitari. Esempi:

- Puntualità dei professionisti
- Gestione corretta delle agende
- % di appuntamenti confermati
- % di pazienti completano il percorso terapeutico
- Numero di errori comunicativi registrati
- Qualità percepita (tramite raccolta feedback)
- Tempi di passaggio front office → area clinica
- % di ri-prenotazioni spontanee

Il monitoraggio non è fine a sé stesso: produce azioni concrete, definite nella revisione periodica dei processi. Nelle strutture gestite da *Battella* viene applicato il ciclo PDCA (*Plan-Do-Check-Act*):

1. PLAN → Definizione procedure
2. DO → Applicazione quotidiana
3. CHECK → Analisi delle deviazioni
4. ACT → Correzione dei processi

Questo approccio, tipico del miglioramento continuo, garantisce:

- Stabilità
- Replicabilità
- Qualità costante nel tempo
- Capacità di adattamento

### 3.7 Gestione dei conflitti e strategie di prevenzione organizzativa

In un network sanitario multiprofessionale, il conflitto è fisiologico. Il modello sviluppato da *Battella* — integrato con gli strumenti del coaching e con la formazione di *Fisioterapia Italia* — non mira a eliminarlo, ma a gestirlo in modo maturo e costruttivo. Nei centri sanitari privati emergono conflitti principalmente per:

- Incomprensioni comunicative
- Ruoli poco chiari
- Stanchezza emotiva
- Differenze tra professionisti clinici e amministrativi
- Gestione delle priorità
- Pressioni del paziente
- Mancanza di feedback
- Percezione di ingiustizia o carichi sbilanciati

Il modello riconosce che il conflitto non è un errore delle persone, ma spesso un errore del sistema organizzativo. La prevenzione avviene attraverso:

- Chiarezza dei ruoli
- Comunicazione costante
- Riunioni brevi e frequenti
- Protocolli condivisi
- Regolamento dei flussi
- Formazione sulla gestione emotiva
- Coaching individuale
- Riconoscimento dei bias decisionali
- Cultura della responsabilità

Gli strumenti di *Fisioterapia Italia* in questo senso sono fondamentali: la consapevolezza dei bias cognitivi aiuta professionisti e front office a gestire meglio stress e dinamiche interne. Quando il conflitto emerge, il modello prevede:

1. Ascolto attivo delle parti coinvolte

2. Ricostruzione del fatto (non della percezione individuale)
3. Identificazione della causa sistemica
4. Definizione del nuovo processo o chiarimento del ruolo
5. Applicazione immediata
6. Monitoraggio nelle 2–4 settimane successive

Questo metodo riduce tensioni interne, rumorosità comunicativa, turnover ed errori clinici e organizzativi.

### 3.8 *La centralità del front office come leva strategica del modello*

Nel modello di *Battella* — coerentemente con *Fisioterapia Italia* — il front office non è un ruolo “amministrativo”, ma un pilastro operativo, emotivo e strategico della struttura. Il front office:

- Crea la prima impressione
- Determina la fluidità del percorso paziente
- Filtra lo stress quotidiano
- Organizza le agende
- Gestisce reclami e criticità
- Coordina la comunicazione tra paziente e area clinica
- Influenza la reputazione del centro
- Impatta sui risultati economici

È una funzione critica, non accessoria. Il front office viene formato in modo continuo su:

- Comunicazione efficace
- Gestione delle telefonate
- Gestione dell'accoglienza
- Gestione delle priorità
- Linguaggio professionale
- Problem solving
- Gestione delle emozioni

- Micro-leadership
- Procedure della struttura

I materiali *Fisioterapia Italia* (slides, corsi, ruota, modelli di comunicazione) sono ormai integrati nel sistema di formazione interno del network. Nel modello il front office è la regia del percorso paziente, esso non solo riceve o risponde: coordina.

Esempi:

- Sincronizza front office e area clinica
- Previene sovrapposizioni
- Protegge i tempi dei professionisti
- Organizza i flussi
- Anticipa criticità
- Comunica variazioni

Il risultato è un aumento della qualità percepita, dell'efficienza interna, della coesione del team e della fidelizzazione.

### 3.9 *Il modello gestionale applicato nelle strutture del network*

I principi fondamentali del modello di *Battella* possono essere sintetizzati in 10 pilastri:

1. Centralità delle persone
2. Formazione continua (coaching, comunicazione, processi)
3. Standardizzazione intelligente
4. Leadership integrata (operativa + strategica)
5. Organizzazione chiara dei ruoli
6. Cultura interna condivisa
7. Monitoraggio costante dei processi
8. Ruolo strategico del front office
9. Focus sulla qualità percepita
10. Approccio di rete e contaminazione positiva

Questi pilastri rendono il modello replicabile, scalabile e sostenibile. Il cambiamento, nelle strutture sanitarie, non è mai un processo semplice: introduce incertezza, modifica abitudini, richiede formazione e riorganizzazione. Tuttavia, nel modello gestionale adottato da *Andrea Battella*, il cambiamento non è percepito come una minaccia, ma come una condizione fisiologica, necessaria per mantenere qualità e competitività. Le strutture sanitarie devono evolvere continuamente per rispondere a:

- Nuove normative
- Nuove esigenze territoriali
- Nuovi bisogni del paziente
- Innovazioni tecnologiche
- Cambiamenti nella domanda
- Concorrenza crescente
- Nuovi modelli relazionali

Rimanere immobili significa perdere competitività.

Il processo di cambiamento adottato da *Battella* si sviluppa in 5 fasi:

### *1. Analisi iniziale*

Si valutano:

- Processi
- Flussi
- Ruoli
- Comunicazione interna
- Layout della struttura
- Clima organizzativo
- Qualità percepita dal paziente

### *2. Pianificazione del cambiamento*

Si definiscono obiettivi chiari, tempi di esecuzione, risorse necessarie ed impatto sui collaboratori.

### *3. Coinvolgimento delle persone*

Il cambiamento viene comunicato in modo trasparente. La partecipazione dei collaboratori riduce resistenze e aumenta l'engagement.

#### *4. Applicazione graduale e accompagnata*

Le modifiche vengono introdotte a piccoli step e monitorate costantemente.

*5. Revisione e stabilizzazione del nuovo assetto:* in questa fase si correggono eventuali deviazioni e si consolidano i nuovi comportamenti.

Nel modello gestionale del network e nelle strutture del *FisioMedical Group*, la formazione non è un optional, né un'attività sporadica. È uno dei pilastri portanti del sistema. Il programma formativo comprende:

- Comunicazione e relazione
- Gestione del front office
- Leadership e coaching
- Gestione dei conflitti
- Consapevolezza dei bias
- Protocolli clinici
- Gestione delle priorità
- Strumenti di monitoraggio
- Customer experience
- Intelligenza emotiva

La formazione avviene tramite aula fisica, aula virtuale, affiancamenti, video formativi, documenti condivisi e coaching individuale. Una struttura formata è una struttura più efficiente, più sicura, più stabile. I materiali didattici e i protocolli sviluppati da *Fisioterapia Italia* — slide, ruota delle 5 aree, mappe dei processi, strumenti di comunicazione, metodologie di coaching — sono diventati parte integrante del modello applicato nelle strutture gestite o ristrutturare da *Battella*.

Essi consentono:

- Uniformità metodologica tra i centri
- Linguaggio comune
- Standard qualitativi più elevati
- Formazione più rapida dei nuovi collaboratori

- Maggiore consapevolezza interna

I collaboratori che si sentono seguiti, formati e accompagnati sono più fedeli alla struttura: tutto ciò riduce turnover e instabilità, che sono tra i principali costi nascosti delle strutture non organizzate. Formare significa investire sulle persone, non solo migliorare i processi. Una delle innovazioni più profonde introdotte nel modello gestionale è la cultura della responsabilità. Il concetto di responsabilità non viene inteso come controllo, rimprovero o supervisione gerarchica, ma come consapevolezza del proprio ruolo, comprensione dell'impatto delle proprie azioni, chiarezza delle aspettative, capacità di rispettare gli standard ed autonomia decisionale. Per creare questa cultura, il modello prevede:

- Definizione dettagliata dei ruoli
- Comunicazione costante degli obiettivi
- Feedback continui
- Coaching individuale
- Esempi concreti da parte della leadership
- Formazione sull'intelligenza emotiva
- Gestione dei bias decisionali

Quando la responsabilità diventa parte della cultura interna, i processi scorrono meglio, i professionisti collaborano di più e l'esperienza del paziente migliora. In un settore complesso, emotivo e dinamico come quello sanitario, la leadership non può essere statica, ma deve essere adattiva. La leadership adattiva richiede:

- Capacità di leggere gli scenari
- Flessibilità decisionale
- Presenza nelle situazioni critiche
- Comunicazione chiara
- Umiltà professionale
- Empatia
- Coerenza
- Capacità di creare fiducia
- Gestione efficace dell'incertezza

Questa forma di leadership è stata integrata nel modello grazie anche agli strumenti *Fisioterapia Italia* e alle esperienze dirette di gestione dei centri. Il leader non impone, accompagna. Guida il team verso consapevolezza, autonomia, crescita interna, riduzione dei conflitti e maggiore stabilità emotiva. Questo tipo di leadership crea team solidi, coerenti e capaci di lavorare insieme nel lungo periodo. Il Capitolo 3 ha mostrato come il modello gestionale sviluppato da *Andrea Battella* rappresenti un approccio moderno, completo e profondamente orientato alle persone. Dalle strutture organizzative alle dinamiche emotive, dai processi interni alla leadership, ogni elemento viene gestito secondo principi di chiarezza, formazione, responsabilità, qualità percepita, miglioramento continuo e cultura interna. La forza del modello deriva dalla sua capacità di combinare organizzazione, persone, comunicazione e visione di lungo periodo, dando vita a strutture sanitarie più efficienti, più umane e più competitive.



## Capitolo quarto IL NETWORK OGGI E LE PROSPETTIVE FUTURE

### 4.1 *Analisi attuale del network di centri*

Il settore sanitario privato italiano è oggi caratterizzato da un'evoluzione costante dei modelli organizzativi, da una domanda crescente di servizi di qualità e da un aumento della competizione tra strutture di diversa natura: studi individuali, poliambulatori, reti strutturate e operatori nazionali e internazionali. In questo scenario, il network sviluppato da *Andrea Battella* — composto dal *Fisio Medical Group* e dalle numerose strutture accompagnate attraverso consulenze strategiche — si configura come un modello gestionale altamente evoluto, fondato su processi standardizzati, cultura organizzativa, formazione continua e centralità dell'esperienza del paziente. La solidità del network deriva dalla capacità di integrare elementi clinici, relazionali e gestionali in un approccio coerente e replicabile. Tale capacità può essere interpretata attraverso la lente delle *dynamic capabilities*, definite da *Teece* come l'abilità delle organizzazioni di integrare, riconfigurare e rinnovare costantemente le proprie competenze per rispondere a un contesto in continuo mutamento<sup>70</sup>. Il network guidato da *Andrea Battella* comprende:

- Strutture dirette del *Fisio Medical Group*, collocate tra *Toscana, Emilia-Romagna e Liguria*
- Strutture in apertura nel 2026 (quattro nuovi centri già programmati)
- Strutture esterne supportate con attività di consulenza, riorganizzazione, coaching e formazione

Al completamento delle quattro aperture previste nel 2026, il network raggiungerà 15 centri complessivi, consolidando una realtà organizzativa tra le più

---

<sup>70</sup> D. J. Teece, G. Pisano, & A. Schuen, *Dynamic capabilities and strategic management*, cit., pp. 533-538.

strutturate nel panorama della sanità privata territoriale. Il modello è sostenuto da alcuni elementi distintivi:

a) *Standard qualitativi uniformi*, infatti ogni centro segue protocolli condivisi, layout e procedure analoghe, flussi pazienti standardizzati, criteri omogenei di comunicazione interna. La standardizzazione intelligente, in linea con quanto indicato da *Tidd & Bessant* sul ruolo dell'innovazione organizzativa<sup>71</sup>, consente alta qualità percepita, riduzione degli errori e maggiore efficienza

b) *Integrazione multiprofessionale*. Ogni struttura integra, fisioterapisti, medici specialisti, front office avanzato e responsabili di sede. La collaborazione tra professionisti è facilitata da una cultura del coordinamento che richiama la visione di *Tousijn* sulla natura “co-produttiva” dei servizi sanitari<sup>72</sup>.

c) *Reputazione digitale e fisica*

La reputazione del network rappresenta uno degli asset intangibili principali. Come indicato dalla *Resource Based View* di *Barney*<sup>73</sup>, le risorse immateriali — fiducia, brand, relazioni interne — sono difficilmente imitabili e costituiscono un vantaggio competitivo stabile. La raccolta sistematica dei feedback, l'attenzione alla customer experience e la coerenza comunicativa hanno portato alcuni centri del network a raggiungere volumi di recensioni tra i più alti delle rispettive province, diventando riferimenti territoriali riconosciuti.

d) *Velocità di adattamento e crescita programmata*

Ogni apertura avviene dopo analisi dei bisogni territoriali, della concorrenza, della sostenibilità economica e delle opportunità cliniche. Tale approccio rientra nelle logiche delle *dynamic capabilities*: leggere il mercato, anticipare il cambiamento, riorganizzare risorse e processi.

#### 4.2 Gestione della concorrenza e posizionamento strategico

---

<sup>71</sup> J. Tidd, J. Bessant, *Managing Innovation*, New Jersey, John Wiley and Sons Inc., 1997, pp. 50-56.

<sup>72</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 48-50..

<sup>73</sup> J. Barney, *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*, in “Journal of Management”, 17, 1991, pp. 15-20.

Il network opera in un contesto competitivo composto da:

- Poliambulatori multidisciplinari
- Studi individuali
- Network nazionali
- Modelli in franchising
- Operatori internazionali in forte espansione

Per mantenere una posizione chiara e riconoscibile nel mercato, il modello sviluppato da *Battella* si fonda su quattro assi strategici, elencati di seguito:

*1. Differenziazione basata sulla qualità (Porter)*

Il network non compete sul prezzo, ma su:

- Qualità percepita
- Efficienza del percorso paziente
- Professionalità del front office
- Chiarezza comunicativa
- Standard organizzativi elevati

Questo posizionamento richiama la strategia di differenziazione delineata da *Porter*<sup>74</sup>.

*2. Ecosistema professionale collaborativo*

La rete non è solo un insieme di centri, ma un ecosistema basato su formazione continua, coaching, monitoraggio costante, cultura condivisa, sistema di valori stabile e strumenti di governance uniformi.

La logica è quella delle *learning organizations*, che *Salvatore* identifica come una delle caratteristiche distintive delle organizzazioni sanitarie eccellenti<sup>75</sup>.

*3. Posizionamento basato sulla fiducia:* tale fiducia è costruita attraverso trasparenza gestionale, coerenza comunicativa, ambienti accoglienti,

---

<sup>74</sup> M. Porter, *Competitive Strategy*, New York, Free Press, 1980, pp. 20-25.

<sup>75</sup> D. Salvatore, *L'analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 73-76.

professionalità percepita, reputazione digitale solida e feedback immediati. Nel settore sanitario, dove l'asimmetria informativa è elevata, la fiducia è una leva competitiva decisiva.

#### *4. Valorizzazione del capitale umano*

Il personale rappresenta la risorsa più difficile da replicare, in linea con la prospettiva della *Resource Based View*. Per questo il network investe in formazione costante, coaching, sviluppo di competenze soft, percorsi di crescita professionale, responsabilizzazione e leadership diffusa.

#### *4.3 Innovazione, digitalizzazione e ristrutturazione dei centri*

Il network interpreta l'innovazione attraverso quattro dimensioni, seguendo la classificazione di *Tidd & Bessant*<sup>76</sup>:

A) *Innovazione organizzativa* costituita da protocolli condivisi, ruoli formalizzati, Ruota delle 5 Aree del modello *Fisioterapia Italia*, ritualizzazione dei processi, coaching e feedback costanti ed integrazione tra front office e area clinica

B) *Innovazione tecnologica e digitalizzazione* attraverso le quali vi è implementazione di sistemi che si declina in gestionali integrati, digital booking, reminder automatici, dashboard di performance, sistemi di raccolta feedback e strumenti di comunicazione interna. L'obiettivo è rendere il percorso paziente fluido e controllabile.

#### *C) Innovazione dell'esperienza del paziente*

Le ristrutturazioni che *Battella* fa nei suoi centri, seguono logiche di: accoglienza, luminosità, privacy, percorsi puliti, comfort acustico, coerenza estetica. In linea con la letteratura sull'*experience design*, l'ambiente diventa parte integrante della cura.

---

<sup>76</sup> J. Tidd, J. Bessant, *Managing Innovation*, cit., pp. 58-63.

*D) Innovazione strategica (Dynamic Capabilities)* : il network dimostra capacità di leggere il mercato, anticipare bisogni, riconfigurare strutture, investire nelle persone, adattare il modello ai territori.

#### 4.4 Obiettivi futuri e sostenibilità del modello

Il piano futuro di *Andrea Battella* e del suo network segue quattro assi strategici:

1. *Crescita controllata e sostenibile* che prevede:

- Apertura di 4 nuove strutture nel 2026 per un totale 15 centri del network
- Consolidamento delle sedi attive
- Sviluppo territoriale graduale
- Mantenimento degli standard qualitativi

In coerenza con *Drucker*<sup>77</sup>, crescita e sostenibilità devono avanzare insieme.

2. *Potenziamento della formazione interna* al fine di raggiungere gli obiettivi di programmi multilivello, formazione clinica, relazionale e gestionale, coaching avanzato, prevenzione dei conflitti, crescita della leadership interna. Un network, infatti, cresce solo se crescono le persone che lo compongono.

3. *Digitalizzazione avanzata* che verrà sviluppata attraverso una roadmap che prevede:

- Sistemi predittivi basati su IA
- Automazione delle procedure ripetitive
- Digital patient journey
- Integrazione tra dato clinico e dato gestionale

4. *Rafforzamento della brand identity*: per fare ciò il network mira a consolidare coerenza comunicativa, riconoscibilità territoriale, reputazione digitale, identità professionale condivisa.

Nel 2026 inoltre, è prevista la nascita di un progetto nazionale di sviluppo e consulenza rivolto alle strutture sanitarie private italiane.

---

<sup>77</sup> P. F. Drucker, *Tasks, Responsibilities, Practices*, New York, Harper & Row, 1973, pp. 58-64.

L'iniziativa — coordinata da Andrea Battella insieme ad altri manager sanitari con competenze complementari — ha l'obiettivo di:

- Trasferire il metodo gestionale consolidato nel network
- Supportare strutture esterne nei processi di riorganizzazione
- Applicare sistemi di formazione, coaching e sviluppo professionale
- Diffondere modelli replicabili di qualità percepita e customer experience
- Creare una rete nazionale di strutture ad alto standard organizzativo

Si tratta di un'evoluzione naturale del modello, che diventa esportabile e applicabile su scala nazionale.

#### *4.5 Collaborazioni strategiche e diffusione del modello*

Uno degli aspetti più rilevanti dell'evoluzione del network guidato da *Andrea Battella* riguarda la capacità di trasformare il modello gestionale — nato all'interno delle sue strutture — in un sistema replicabile, esportabile e scalabile. Negli ultimi anni la richiesta di supporto gestionale da parte di altre strutture sanitarie è cresciuta in modo significativo, grazie alla solidità dei risultati ottenuti dal *Fisio Medical Group* e alla riconoscibilità del metodo. Il modello viene oggi adottato da: centri di fisioterapia indipendenti, poliambulatori multidisciplinari, realtà sanitarie in fase di riorganizzazione e nuovi progetti imprenditoriali nel settore sanitario. Questo processo di diffusione genera un effetto “moltiplicatore” che permette di elevare gli standard organizzativi del territorio, promuovere una cultura sanitaria più moderna e creare una rete ampliata di centri con valori, processi e identità simili. La forza del modello risiede nella combinazione tra coaching, formazione continua, organizzazione chiara, leadership diffusiva, processi replicabili, monitoraggio costante e gestione dell'esperienza del paziente. In questo senso, il network di *Battella* non è solo un insieme di strutture, ma una comunità professionale, un luogo di apprendimento condiviso e di crescita reciproca.

#### 4.6 Progetto nazionale 2026: verso un ecosistema di qualità sanitaria

A partire dal 2026, *Battella* — insieme a un gruppo selezionato di manager operanti nel settore sanitario privato — avvierà un progetto nazionale di sviluppo, formazione e consulenza sanitaria.

Il progetto nasce con tre obiettivi principali:

##### 1. *Diffondere un modello organizzativo replicabile*

Il modello del *Fisio Medical Group* diventa una piattaforma metodologica, trasferibile a centri fisioterapici, poliambulatori, realtà di nuova apertura, strutture in fase di riorganizzazione. Lo scopo è aumentare l'efficienza operativa e la qualità percepita dei centri supportati.

##### 2. *Creare una rete nazionale di centri eccellenti*

Il progetto punta a costruire un ecosistema della qualità, basato su:

- Standard condivisi
- Percorsi formativi
- KPI misurabili
- Processi replicabili
- Cultura organizzativa comune
- Strumenti avanzati di comunicazione interna

##### 3. *Esportare la competenza gestionale come valore aggiunto*

La gestione sanitaria — soprattutto nelle strutture private — richiede approcci multidimensionali. Il progetto 2026 rende disponibili a centri esterni sistemi di coaching, modelli di front office professionale, protocolli organizzativi, strumenti di gestione dei conflitti, modelli di recruiting e onboarding e processi di ristrutturazione organizzativa. Si tratta di un salto di scala che segna la transizione dal network territoriale a un modello nazionale, strutturato e riconoscibile, orientato alla modernizzazione del settore privato in Italia.

#### 4.7 Sostenibilità a lungo termine e prospettive 2027–2030

Oltre alle aperture previste nel 2026, la programmazione strategica per il quadriennio 2027–2030 include:

- Nuove sedi in regioni attualmente non coperte dal network
- Progetti pilota di telemedicina fisioterapica e follow-up a distanza
- Potenziamento dei servizi specialistici interni ai poliambulatori
- Sviluppo di un sistema proprietario di formazione continua digitale
- Creazione di un "Master Gestionale in Sanità Privata" basato sul metodo

*Battella*

- Implementazione di sistemi di intelligenza artificiale per analisi predittive dei flussi
- Partnership con enti formativi universitari e aziende tecnologiche del settore healthcare

Questo piano di sviluppo mira a garantire stabilità, crescita e capacità innovativa nel lungo periodo, senza compromettere la qualità del servizio, il clima interno e la coerenza organizzativa. Il Capitolo 4 ha illustrato l'evoluzione e la direzione futura del network sanitario guidato da *Andrea Battella*. La crescita del *Fisio Medical Group* — insieme allo sviluppo della rete di strutture supportate tramite consulenza strategica — rappresenta un caso avanzato di gestione sanitaria moderna, caratterizzata da:

- Forte orientamento alla qualità percepita
- Integrazione multiprofessionale
- Cultura organizzativa solida
- Innovazione continua
- Formazione e coaching
- Capacità di adattamento dinamico
- Visione strategica di lungo periodo

L'espansione programmata a 15 centri nel 2026 e il progetto nazionale di sviluppo 2026–2030 testimoniano la maturità del modello, la sua scalabilità e la sua rilevanza nel panorama della sanità privata italiana. Il network si configura dunque come un sistema evolutivo, capace di coniugare crescita territoriale,

consolidamento culturale, qualità professionale, sostenibilità gestionale ed innovazione strategica.

In una sanità privata che richiede sempre più competenze organizzative, relazionali e decisionali, il modello sviluppato da *Battella* appare oggi come una delle esperienze più strutturate e replicabili a livello nazionale.

## Capitolo quinto

### L'INTERVISTA QUALITATIVA ED I SUOI VANTAGGI: INTERVISTIAMO ANDREA BATTELLA

#### 5.1 *La ricerca sociale e le sue pratiche*

La tesi si conclude con un'intervista qualitativa fatta ad *Andrea Battella*, l'imprenditore sul quale verte tutto l'elaborato, con l'obiettivo di farlo parlare in prima persona e di fargli descrivere la propria esperienza, dall'inizio del suo percorso fino alla descrizione dei suoi obiettivi futuri compatibilmente con la sua esperienza imprenditoriale, proprio come se parlasse direttamente a tu per tu con chi sta leggendo questa tesi, per far capire fino in fondo i passaggi che lo hanno portato a dove si trova ora.

L'idea per quest'ultima analisi è quella di partire alla descrizione della ricerca sociale e delle sue pratiche, per arrivare poi ai metodi ed alle tecniche della ricerca, ai tipi di intervista che possono essere fatti a seconda degli obiettivi che si vogliono perseguire per arrivare alla descrizione dell'intervista qualitativa e all'intervista vera e propria, con domande scelte direttamente dall'intervistatrice al fine di comprendere nel profondo tutti gli stimoli che ha avuto *Battella* durante il suo intenso percorso imprenditoriale.

Uno dei fattori più interessanti e coinvolgenti in tutto quello che riguarda le imprese umane, è senza dubbio l'idea di fare ricerca. «Come indica il termine stesso “ricercare” (dal latino “andare intorno, circoscrivendo uno spazio con

perseveranza”) è un’azione che coniuga competenze che sembrano opposte: la creatività e la sistematicità, l’estro e la disciplina »<sup>78</sup>. Infatti, tutto ciò che riguarda la ricerca in ambito scientifico tratta di inventiva ed è necessario che colui che se ne occupa sia aperto all’imprevisto e sia in grado di canalizzare gli sforzi che sono riconosciuti da una comunità di esperti che si occupa di controllare e verificare tutto ciò che viene trattato all’interno della ricerca. È fondamentale che alla base di tutto vi siano i concetti, sia per quanto riguarda la possibilità di conoscere, che per quanto riguarda quella di comunicare. La stragrande maggioranza di ciò che utilizziamo, quindi di tutti i concetti che trattiamo, viene dalla collettività, proviene da un patrimonio culturale che apprendiamo grazie allo studio, al lavoro, alle relazioni con altre persone<sup>79</sup>.

«La ricerca è un atto di persuasione, scrive *Saldana*, e per poter persuadere occorre essere credibili. Nella scienza, essere credibili significa generalmente essere obiettivi, non pregiudizialmente al servizio di interessi da parte»<sup>80</sup>. Ogni oggetto di ricerca viene scelto perché è ritenuto importante dal gruppo che si occupa di tale attività: la scelta infatti spesso riflette i valori del gruppo, le sue priorità e la sua visione del mondo.

In merito al processo di socializzazione alla ricerca, secondo *Merton*, vi sono dei valori e delle norme che fungono da guide e da orientamento nello svolgere la professione scientifica e che vengono trasmessi nel processo stesso:

- *Universalismo*: i criteri di validazione della conoscenza devono essere indipendenti dalle caratteristiche sociali degli scienziati
- *Comunalismo*: i risultati della ricerca sono considerati beni comuni, appartenenti alla comunità degli scienziati, per promuovere la collaborazione collettiva
- *Disinteresse*: in questo senso l’impresa scientifica non deve essere

---

<sup>78</sup> F. Martire, P. Parra Saiani, S. Cataldi, *La ricerca sociale e le sue pratiche*, Roma, Carocci, 2023, p. 11.

<sup>79</sup> *Ibidem*.

<sup>80</sup> *Ivi*, p. 25.

contaminata da interessi di guadagno economico e deve essere promossa come impresa a beneficio di tutti

- *Scetticismo sistematico*: bisogna sottoporre ad esame critico il risultato scientifico attraverso una valutazione concentrata sui contenuti e focalizzata anche sul metodo e sui codici di condotta istituzionali.

E' inoltre importante che le ricerche vengano effettuate con totale trasparenza delle procedure che il gruppo di ricerca deve adottare; altri due elementi sono imprescindibili per questa attività, la *replicabilità* e *l'ispezionabilità*, ovvero la possibilità da parte di un esterno di controllare le scelte che ha effettuato il gruppo relativamente alla ricerca svolta, anche se dal punto di vista di quest'ultima caratteristica non sempre è possibile revisionare tutto, come per esempio per un questionario non è sempre possibile controllare come sono state raccolte le informazioni dagli intervistati.<sup>81</sup>

La prima fase sicuramente è quella di chiedersi di cosa si vuole parlare e come impostare il lavoro, in modo da comprendere i passi da effettuare per poter arrivare all'obiettivo che ci siamo prefissati. Dopo aver capito su cosa si vuole effettuare la ricerca, bisogna costruire la base empirica della ricerca stessa. Il gruppo di ricerca quindi deve effettuare la cosiddetta fase di "*operativizzazione*", cioè deve effettuare una "*definizione operativa*" al fine di darsi delle norme e delle regole per tradurre empiricamente il concetto che vuole esprimere: l'unica regola che il gruppo deve seguire è quello dell'"*esplicitazione delle scelte compiute*" affinché chi leggerà il lavoro possa comprendere e valutare ciò che è stato fatto.<sup>82</sup> Ovviamente il contesto è fondamentale per condurre una ricerca, affinché rifletta le domande che poniamo all'intervistato e il modo di vivere di reagire dell'intervistato stesso. Assume un'importanza rilevante l'idea di salvaguardare la fedeltà delle informazioni ed un altro problema risiede nel fatto che ognuno potrebbe intendere a modo suo un argomento o un concetto, fraintendendo il questionario.

---

<sup>81</sup> Ivi, pp. 27-28.

<sup>82</sup> Ivi, p. 78.

La sociologia dà una grande importanza all'*indagine empirica*. «Uno dei manuali di metodologia della ricerca sociale più diffusi ritiene che “secondo la definizione tradizionale, la ricerca sociale si occupa della raccolta di dati che possono aiutarci a rispondere a domande concernenti i diversi aspetti della società, così da permetterci di comprenderla» (Bailey, 1978, trad. it. P.21).<sup>83</sup> Fondamentale dunque risulta l'ottenimento di informazioni attraverso un rapporto, che può essere diretto o indiretto, con ciò che dobbiamo studiare. Per ottenere informazioni infatti ci sono diverse strade:

- *Osservare*: l'osservazione può essere partecipante o non partecipante
- *Porre domande*: abbiamo infatti l'intervista altamente standardizzata, l'intervista non direttiva, le interviste semistrutturate
- *Studiare artefatti e documenti*: sono stabili nella loro forma tangibile, ma dipendono da produttore, contesto e pubblico di riferimento
- *Attingere a fonti secondarie*: sono le analisi dei dati rilevati da altri ricercatori o enti di ricerca

Una volta reperite le informazioni è necessario organizzarle e per farlo vi sono diversi metodi, grazie alla forma della matrice che è in grado di raccogliere i risultati della ricerca empirica.

Una volta che abbiamo concluso la fase di organizzazione, elaborazione ed analisi delle informazioni vi è la fase creativa della comunicazione e condivisione dei risultati ottenuti, affinché il gruppo condivida con tutti ciò che ha ottenuto e affinché possa essere utile alla comunità scientifica, in ogni caso la base è quella di rendere intelleggibili e pubbliche le informazioni trovate.

## 5.2 Metodi e tecniche della ricerca sociale

La ricerca scientifica in sociologia e nelle altre scienze serve per descrivere i fenomeni sociali, per spiegare e prevedere tali fenomeni.<sup>84</sup>

---

<sup>83</sup> Ivi, pp. 82-83.

<sup>84</sup> G. Delli Zotti, *Metodi e tecniche della ricerca sociale, Vol. 1. La rilevazione dei dati*,

Durante il percorso di ricerca il ricercatore deve operare delle scelte e mettere in evidenza il percorso che ha effettuato. I dati che vengono raccolti vengono poi analizzati e vengono fatte delle generalizzazioni per riassumere i risultati e per cercare di estenderli ai fenomeni correlati o alla popolazione cui appartiene il fenomeno preso per l'analisi. Secondo ciò che dice *Wallace*, “la “discesa” dalle teorie generali all'osservazione empirica prende il nome di metodo deduttivo; la “salita” dall'esperienza empirica alle teorie generali si definisce metodo induttivo. Dividendo invece lo schema in orizzontale, nella parte superiore ci troviamo al livello della teorizzazione, dei metodi logici, in quello inferiore, al livello dei metodi empirici, dei metodi di ricerca.<sup>85</sup> Ovviamente non tutte le analisi devono spiegare dei fenomeni, dal momento che possono riguardare anche la ricerca applicata.

Esistono diversi modelli di ricerca per effettuare un'indagine:

- *Ricerca teorica o compilativa*: viene rappresentata da una tesi di laurea compilativa
- *Ricerca convenzionale*: parte da un quadro teorico consolidato
- *Ricerca applicata o “a-teorica”*: si parla di questa ricerca esclusivamente a livello empirico, si raccolgono informazioni che permettono di studiare il fenomeno dal punto di vista dimensionale
- *La meta analisi e le analisi secondarie*: si parla in questo caso di riutilizzo dei dati per la formazione di generalizzazioni empiriche.

Quindi, partendo dal chiedersi “perché” di un determinato fenomeno, si inizia la realizzazione di una ricerca di sfondo che ci porta a studiare l'argomento, a raccogliere i dati e ci porta ad una conoscenza di tipo qualitativo, grazie alla possibilità di interpellare gli esperti in materia, sia tramite lavori che loro stessi hanno creato, sia tramite l'intervista diretta. La fase successiva rappresenta l'individuazione degli strumenti, l'elaborazione e l'analisi dei dati. Per quanto riguarda la verifica delle ipotesi, vengono usati principalmente tre metodi:

---

Trieste, Biblioteca della società aperta, 2021, pp. 21-23.

<sup>85</sup> Ivi, pp. 25-26.

- *Metodo sperimentale* che è difficile da utilizzazione perché non si riesce a mettere in pratica le condizioni restrittive che lo contraddistinguono
- *Metodo comparato*: metodo utilizzato in sociologia
- *Metodo statistico*: disegni di ricerca dei casi attraverso i quali si rilevano le proprietà <sup>86</sup>.

### 5.3 Le tecniche qualitative

All'interno del campo delle tecniche qualitative, ci sono diversi metodi per analizzare i dati, a seconda della necessità e dell'obbiettivo che ci si prefissa:

- *Osservazione partecipante*: rappresenta non una semplice osservazione, ma l'osservazione che include la partecipazione attiva del ricercatore, parlando di *paradigma interpretativo* <sup>87</sup>. In questa ricerca il ricercatore non solo osserva, ma partecipa anche alla vita dei soggetti studiati, è partecipe appunto. Il presupposto della comprensione infatti è proprio che il ricercatore entra a far parte di quel contesto, di quella vita, per capire da vicino ed a fondo come si muovono e come vivono gli intervistati. Bisogna quindi immedesimarsi nell'ambiente da studiare, poiché solo così si può comprendere a fondo gli attori ed il loro modo di comportarsi e di rispondere a determinati interrogativi o problemi gli vengono sottoposti. «Possiamo definire dunque l'osservazione partecipante una strategia di ricerca nella quale il ricercatore si inserisce a) in maniera diretta e b) per un periodo di tempo relativamente lungo in un determinato gruppo sociale c) preso nel suo ambiente naturale, d) instaurando un rapporto di interazione personale con i suoi membri e) allo scopo di descriverne le azioni e di comprendere, mediante un processo di immedesimazione, le motivazioni» <sup>88</sup>

---

<sup>86</sup> Ivi, p. 39.

<sup>87</sup> P. Corbetta, *La ricerca sociale: metodologia e tecniche. Vol. III, Le tecniche qualitative*, Bologna Il Mulino, 2003, p. 13.

<sup>88</sup> Ivi, pp. 14-15.

- *Intervista qualitativa*: in questo caso i dati vengono rilevati grazie all'intervista alle persone, seguendo un approccio qualitativo, che mira ad entrare nell'individualità delle persone al fine di vedere il mondo con i loro occhi. Possiamo paragonare l'intervista qualitativa all'osservazione partecipante: la prima infatti si pone sul versante dell'interrogare, mentre la seconda sul versante dell'osservare. L'obiettivo è comunque di arrivare a vedere il mondo con la prospettiva del soggetto che viene studiato, attraverso le sue interpretazioni, le sue percezioni, i suoi sentimenti ed il perché delle sue azioni.

#### 5.4 *L'intervista qualitativa*

L'intervista qualitativa come detto pocanzi permette a chi la conduce di comprendere da vicino il modo di fare e di reagire a determinate situazioni da parte del soggetto intervistato e permette all'intervistatore di entrare a far parte di quella realtà. In realtà l'intervista può essere sia di tipo quantitativo, che di tipo qualitativo: l'ultima tipologia è quella che verrà utilizzata all'interno di questa tesi, mentre giusto per precisazione, l'intervista quantitativa è rappresentata da un questionario. “Possiamo definire l'intervista (qualitativa) una conversazione a) provocata dall'intervistatore, b) rivolta a soggetti scelti sulla base di un piano di rilevazione e c) in numero consistente, d) avente finalità di tipo conoscitivo, e) guidata dall'intervistatore, f) sulla base di uno schema flessibile e non standardizzato di interrogazione”<sup>89</sup>.

La scelta per questo elaborato di fare un'intervista qualitativa è dettata dalla volontà di voler entrare nel profondo dell'ambiente di *Andrea Battella*, sia dal punto di vista più personale, analizzando proprio tutto ciò che l'ha spinto ad intraprendere questo percorso imprenditoriale, sia dal punto di vista prettamente lavorativo, per comprendere le varie tappe che hanno portato alla creazione del suo network imprenditoriale. Le domande sono strutturate sulla base dell'intero elaborato e l'obiettivo è comprendere dal punto di vista diretto di *Andrea Battella*

---

<sup>89</sup> Ivi, p. 64.

tutto ciò che è già stato esplicitato nei capitoli sopra, ma affondandolo da un punto di vista più personale e se vogliamo anche un po' più romantico.

### *5.5 L'intervista ad Andrea Battella*

#### *1. Come nasce il tuo percorso professionale nel settore sanitario privato?*

Il mio percorso nasce dal lavoro sul campo. Ho iniziato occupandomi direttamente della gestione quotidiana di una struttura di fisioterapia, vivendo in prima persona tutte le difficoltà organizzative, relazionali e operative che caratterizzano il settore sanitario privato. Fin dall'inizio mi sono reso conto che la qualità clinica, da sola, non è sufficiente se non è supportata da un'organizzazione solida, da processi chiari e da persone formate e motivate. Questa consapevolezza è stata il punto di partenza di tutto il mio percorso imprenditoriale.

#### *2. Quali sono state le principali difficoltà incontrate nella fase iniziale della tua attività?*

La difficoltà maggiore è stata comprendere che molti problemi non erano legati alle persone, ma all'assenza di un modello organizzativo strutturato. Mancavano ruoli chiari, procedure condivise, sistemi di comunicazione efficaci. Inoltre, nel settore sanitario esiste una forte resistenza culturale all'organizzazione manageriale, spesso vista come incompatibile con la cura. Superare questa visione è stato uno dei passaggi più complessi, ma anche più importanti.

#### *3. Quando hai capito che il tuo modello organizzativo poteva essere replicabile?*

Ho capito che il modello era replicabile quando ho visto che, applicando gli stessi principi organizzativi, comunicativi e gestionali, i risultati si ripetevano anche in contesti diversi. Non dipendeva più solo da me o da una singola struttura, ma da un metodo. A quel punto è diventato chiaro che il valore non stava nella

singola sede, ma nel sistema di lavoro.

*4. Che ruolo ha avuto il capitale umano nello sviluppo delle tue strutture?*

Il capitale umano è sempre stato il vero motore della crescita. Le strutture funzionano se le persone stanno bene, capiscono il loro ruolo e si sentono parte di un progetto. Ho sempre investito molto sulla formazione, sulla comunicazione interna e sul clima organizzativo, perché sono convinto che la qualità percepita dal paziente nasca dal comportamento quotidiano di chi lavora nella struttura, non solo dalla prestazione clinica.

*5. In che modo l'incontro con il modello Fisioterapia Italia ha influenzato il tuo percorso?*

L'incontro con Fisioterapia Italia è stato fondamentale perché mi ha permesso di dare struttura teorica e metodo a molte intuizioni che avevo sviluppato empiricamente. Il modello mi ha aiutato a leggere i processi, a comprendere meglio le dinamiche comportamentali e a integrare strumenti come il coaching, la consapevolezza dei bias e la gestione sistemica delle organizzazioni. Non è stato un cambiamento radicale, ma un'evoluzione consapevole.

*6. Qual è il valore del coaching all'interno del tuo modello gestionale?*

Il coaching è uno strumento centrale perché lavora sulla consapevolezza delle persone. Aiuta i collaboratori a comprendere il proprio ruolo, a migliorare la comunicazione, a gestire le emozioni e ad assumersi responsabilità. Nel settore sanitario, dove il carico emotivo è elevato, il coaching permette di prevenire conflitti, ridurre stress e migliorare la qualità delle relazioni interne ed esterne.

*7. Perché il front office ha un ruolo così centrale nelle tue strutture?*

Perché il front office è il primo livello dell'esperienza del paziente. È il punto in cui si costruisce la fiducia, si gestiscono le aspettative e si organizza il percorso di cura. Un front office formato, consapevole e integrato con l'area clinica riduce errori, migliora la qualità percepita e sostiene il lavoro dei professionisti sanitari. Per me non è una funzione amministrativa, ma una vera leva strategica.

8. *Come definiresti oggi il network che hai costruito?*

Oggi il network è un sistema multipolare, composto sia da strutture direttamente gestite sia da realtà supportate attraverso consulenza strategica. È un modello basato su standard condivisi, formazione continua, cultura organizzativa comune e autonomia operativa locale. L'obiettivo non è l'espansione fine a sé stessa, ma la costruzione di un ecosistema sanitario sostenibile, coerente e orientato alla qualità.

9. *Quali sono gli obiettivi di sviluppo futuro del network?*

Nel breve periodo l'obiettivo è consolidare le strutture esistenti e completare le nuove aperture previste, arrivando nel 2026 a circa quindici realtà complessive. Parallelamente, è già in fase di progettazione un piano di sviluppo pluriennale che coinvolgerà nuovi territori e nuove collaborazioni. L'attenzione rimane sulla sostenibilità organizzativa, sulla formazione delle persone e sulla coerenza del modello.

10. *Qual è, secondo te, la principale lezione manageriale emersa dal tuo percorso?*

La lezione più importante è che nelle strutture sanitarie le persone vengono prima dei processi, ma senza processi le persone non possono lavorare bene. La vera sfida è integrare organizzazione e umanità, metodo e relazione, efficienza e cura. Quando questo equilibrio viene raggiunto, la qualità del servizio cresce in modo naturale e sostenibile.

## CONCLUSIONI

Le conclusioni di questo lavoro offrono una sintesi critica dei risultati emersi e mostrano come la gestione delle risorse umane, la standardizzazione dei processi, l'importanza della cultura organizzativa e il ruolo della leadership costituiscano i pilastri fondamentali per comprendere l'evoluzione e il successo del modello gestionale sviluppato da Andrea Battella. Nel settore sanitario privato italiano — attraversato da trasformazioni culturali, digitali e organizzative — il caso del network *Fisio Medical Group* rappresenta un esempio concreto di come teoria e pratica possano convergere nella costruzione di strutture sostenibili, orientate alla qualità e capaci di evolvere nel tempo. La tesi ha mostrato come, in ambito sanitario privato, il capitale umano non sia un semplice fattore produttivo, ma un vantaggio competitivo stabile, in linea con la *Resource-Based View* di *Barney*.<sup>90</sup> Tutti i capitoli precedenti convergono sul fatto che la qualità del servizio sanitario dipende dalla qualità delle relazioni interne. Dagli studi sociologici sulle professioni sanitarie (*Tousijn*<sup>91</sup>; *Leone*<sup>92</sup>; *Corposanto*<sup>93</sup>) emerge che i servizi di

---

<sup>90</sup> J. Barney, *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*, cit., pp. 20-22.

<sup>91</sup> W. Tousijn, *Le professioni della salute*, cit., pp. 50-55.

<sup>92</sup> L. Leone *et al.* *Le sfide della sociologia della salute in VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., p. 165.

<sup>93</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 120-125

cura si fondano su competenze tecniche, ma soprattutto su competenze relazionali, comunicative ed emotive. Il modello adottato da *Battella* traduce in pratica questa impostazione teorica:

- Selezione basata su competenze tecniche e attitudini relazionali
- Formazione continua e strutturata
- Coaching come metodo permanente
- Cultura interna fondata sulla responsabilità e sulla comunicazione chiara

Ne risulta un capitale umano stabile, motivato e fidelizzato, raro nel mercato sanitario. Uno degli elementi più innovativi evidenziati dalla tesi riguarda il ruolo del front office, concepito non come area amministrativa, ma come primo nodo terapeutico ed emotivo del percorso del paziente. Studi sulla *patient experience* confermano che oltre il 70% della qualità percepita deriva dalla prima interazione con il servizio<sup>94</sup>. Il modello del network attribuisce al front office competenze alte, non banali, lo forma in modo continuativo (comunicazione, gestione emozionale, priorità), lo integra nei processi clinici e organizzativi, lo considera la “regia operativa” del percorso. La letteratura sociologica supporta questa impostazione: *Corposanto* lo definirebbe uno spazio di mediazione relazionale, decisivo per orientare l’esperienza del paziente e le dinamiche interne<sup>95</sup>. Un altro risultato fondamentale riguarda la standardizzazione intelligente, ovvero la capacità di creare procedure replicate in tutte le strutture del network senza perdere umanità. La standardizzazione, lungi dall’essere un elemento “rigido”, diventa quindi garanzia di qualità, riduzione degli errori, chiarezza dei ruoli, uniformità tra centri del network e strumento di crescita per nuovi collaboratori. Come sostiene *Salvatore*, i sistemi sanitari moderni funzionano se dotati di una “capacità organizzativa” stabile e leggibile<sup>96</sup>: il modello di *Battella* incarna pienamente questa visione.

Il modello analizzato nella tesi dimostra che la cultura organizzativa non è un

---

<sup>94</sup> J. Tidd, J. Bessant, *Managing Innovation*, cit., pp. 65-70.

<sup>95</sup> C. Corposanto, *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, cit., pp. 99-105.

<sup>96</sup> D. Salvatore, *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, cit., pp. 75-80.

insieme di slogan, ma l'espressione quotidiana di rituali organizzativi, comportamenti coerenti, linguaggio condiviso, formazione costante, leadership presente e credibile. La leadership nel network unisce due dimensioni: operativa, vicina ai processi quotidiani e strategica, orientata alla visione e allo sviluppo territoriale. Questa integrazione riflette i modelli di leadership adattiva descritti nella letteratura più recente e risulta particolarmente efficace nei sistemi sanitari complessi. Il materiale formativo, la Ruota delle 5 Aree, il coaching, l'analisi dei bias cognitivi e l'approccio sistemico forniti da *Fisioterapia Italia* hanno svolto un ruolo decisivo nella formalizzazione del metodo. Hanno trasformato intuizioni operative in un impianto replicabile, misurabile, coerente e basato sulla crescita personale e professionale. Il modello *Fisioterapia Italia* non è stato copiato, ma integrato, diventando uno strumento strutturale del network. La tesi, inoltre, ha dimostrato che il modello sviluppato da *Battella* non è la semplice somma di strumenti o procedure, ma un vero modello organizzativo evoluto, caratterizzato da forte orientamento alle persone, coaching come metodo permanente, standardizzazione equilibrata, integrazione tra area clinica e front office, cultura della responsabilità, leadership coerente e visione di rete. Il valore aggiunto è la capacità di combinare elementi spesso distanti:

- Empatia + processo
- Ordine + flessibilità
- Struttura + umanità
- Leadership + formazione
- Visione + presenza operativa

Pochi modelli sanitari italiani mostrano questa coerenza. La tesi ha restituito un quadro chiaro del network attuale:

- Forte reputazione digitale e territoriale
- Processi uniformi
- Cultura interna stabile
- Team motivati e fidelizzati
- Crescita costante dei centri

- Consulenze strategiche che consolidano l'identità del modello

A oggi il network comprende numerose strutture dirette e altre seguite tramite consulenza.

Il 2026 vedrà l'apertura di quattro nuove sedi, portando il totale a circa 15 strutture, e l'avvio di un nuovo progetto manageriale nazionale con altri professionisti del settore. Questo posiziona il network come ecosistema, non come semplice rete di poliambulatori. La tesi individua tre traiettorie principali di sviluppo:

1. *Crescita sostenibile*, grazie ad un'espansione basata su analisi dei bisogni territoriali, mantenimento degli standard, sviluppo del capitale umano

2. *Digitalizzazione avanzata* con progetti futuri legati a intelligenza artificiale gestionale, sistemi predittivi dei flussi, automazione dei processi, patient digital journey

3. *Progetto nazionale di diffusione del modello*: è infatti previsto il lancio di un percorso formativo e gestionale condiviso tra Battella e altri manager sanitari, orientato a esportare il modello in tutto il territorio.

Il lavoro presenta alcuni limiti fisiologici dettati dal fatto che il settore sanitario evolve rapidamente, molte variabili qualitative non sono pienamente misurabili e servirebbe un confronto più ampio con altri network nazionali o internazionali. La tesi mostra che la gestione delle risorse umane, quando intesa come cultura, processo e leadership, può trasformare una struttura sanitaria privata in un'organizzazione stabile, competitiva, umana, orientata alla qualità e capace di crescere nel tempo.

Il modello gestionale di *Andrea Battella* rappresenta un caso esemplare di come si possa fare sanità privata con metodo, visione e responsabilità. La vera differenza non è data dalle tecnologie o dalle strutture fisiche, ma dalla capacità di organizzare, guidare, formare e valorizzare le persone. Nella sua evoluzione il network si è affermato come un ecosistema di competenze, un luogo di crescita professionale e un punto di riferimento territoriale. Questa tesi dimostra che il futuro della sanità privata italiana passa necessariamente da modelli come questo: capaci di unire teoria e pratica, metodo e relazione, organizzazione e umanità.

*Andrea Battella* anche grazie all'intervista che ha rilasciato ci dimostra come un modello organizzativo chiaro e strutturato possa progredire nel tempo e creare una struttura in grado non solo di sopravvivere nel tempo, ma anche di crescere: ha infatti creato un modello replicabile, in grado di portare risultati significativi sia nel breve che nel lungo periodo. Il capitale umano per il network imprenditoriale di *Battella* è fondamentale, lo spiega quando parla della formazione, del suo investimento su di essa e lo dimostra dicendo che è consapevole che le persone lavorano bene quando stanno bene, poiché sa che i pazienti percepiscono il clima che si respira all'interno di una struttura ben organizzata e dove il personale si trova bene e lavora bene. *Fisioterapia Italia* ha aiutato *Andrea Battella* dal punto di vista teorico, ha creato le basi per poi far sì che potesse progredire e formare il network di centri; in questo senso è centrale anche il coaching, che lavora sulle persone e sulla loro consapevolezza, soprattutto in un ambito come quello sanitario. Tutto ciò che è stato detto in precedenza può essere riassunto dicendo che *Battella* ci fa capire come le persone siano fondamentali, come vengano prima dei processi e come da esse poi sia una conseguenza creare un network che funziona e che progredisce e si sviluppa nel tempo, in modo puro e naturale, con sfide sempre più impegnative ma che se raggiunte danno soddisfazione e permettono di migliorare sia dal punto di vista lavorativo che strettamente personale.



## FONTI

### *Bibliografia*

Barney J., *Firm Resources and Sustained Competitive Advantage*, Journal of Management, New York, Sage Publications, 1991.

Becker G., *Human Capital*, Chicago, University of Chicago Press, 1993.

Corbetta P., *La ricerca sociale: metodologia e tecniche, III, Le tecniche qualitative*, Bologna Il Mulino, 2003.

Corposanto C., *Nuove prospettive della sociologia della salute nella società digitale*, Soveria Mannelli, Rubbettino, 2015.

G. Delli Zotti, *Metodi e tecniche della ricerca sociale, Vol.1 La rilevazione dei dati*, Trieste, Biblioteca della società aperta, 2021.

- Drucker P.F., *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*, New York, Harper & Row, 1973
- Drucker P. F., *The Practice of Management*. New York, Harper Business, 2007.
- Fisioterapia Italia Il modello “Fisioterapia Italia” e il suo impatto sulla crescita professionale e manageriale. Documento interno non pubblicato.
- Giarelli G., *Sistemi Sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Milano, FrancoAngeli, 1998.
- Goleman, D., *Emotional Intelligence*. New York, Bantam Books, 1995.
- Gurioli M.L., Metodologie per innovare le organizzazioni e favorire lo sviluppo di comunità. Il progetto All’insù nel Distretto di Forlì, in AA,VV, *Le sfide della sociologia della salute. VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 89-94.
- Guzzo P.P., *Sociologia delle USCA: i modelli regionali. Approccio ed analisi socio-istituzionale tra Covid Age e PNRR*, in AA,VV, *Le sfide della sociologia della salute. VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, Milano, FrancoAngeli, 2022.
- Kotter, J.P., *Leading Change*. Boston, Harvard Business School Press, 1996.
- Leone L. et al. *Le sfide della sociologia della salute*, in VIII Convegno Società Italiana della Sociologia della Salute, Bologna, Società Italiana di Sociologia della Salute SISS, 2023.
- Martire F, Parra Saiani P., Cataldi S., *La ricerca sociale e le sue pratiche*, Roma, Carocci Editore S.p.A, 2023.
- Mintzberg H., *The Structuring of Organizations*, Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1979.
- Mintzberg H., *Mintzberg on Management*, New York, Free Press, 1989.
- Northouse, P.G., *Leadership: Theory and Practice*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2019.
- OECD. Health at a Glance: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing, 2023.
- Porter M., *Competitive Strategy*, New York, Free Press, 1980.
- Salvatore D., *L’analisi relazionale delle organizzazioni sanitarie*, Napoli, Edizione Albano, 2006.
- Schein, E.H., *Organizational Culture and Leadership*. San Francisco, Jossey-Bass, 2010.
- Senge P., *The Fifth Discipline*, New York, Doubleday, 1990.
- Teece D. J., Pisano G., & Schuen A., *Dynamic capabilities and strategic management*, Londra, John Wiley & Sons Ltd., 1997.
- Tidd J., Bessant J., *Managing Innovation*, New Jersey, John Wiley and Sons Inc., 1997.
- Toth F., *La sanità in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2014.
- Tousijn W, *Le professioni della salute*, in C. Cipolla (a cura di), *Manuale di sociologia della salute, vol. 1*, Milano, FrancoAngeli, 2004.
- Ugolini P., *Valutazione della qualità dei servizi socio-sanitari nella società del rischio*, in AA,VV, *Le sfide della sociologia della salute. VIII Convegno Società Italiana della Società della Salute*, cit., pp. 132-138, qui pp. 132-134.

