

Il Dipartimento: un'isola non trovata?

Parte II. Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio. Inchiesta nazionale SIMeL

Piero Cappelletti

*Laboratorio di Patologia Clinica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio
Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli di Pordenone*

Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio

Nella letteratura sui Dipartimenti (D) in Italia¹, un punto di discussione, che emerge quale effetto dei processi della dipartimentalizzazione sulla struttura organizzativa aziendale, è quello della collocazione dipartimentale delle unità di servizio *trasversali* ai D clinici, quali i centri erogatori di prestazioni intermedie e quindi, tipicamente, i servizi di radiologia e di laboratorio (in senso lato) sul versante ambulatoriale e, dall'altro lato, le sale operatorie.

Le soluzioni ipotizzate sono molteplici e coprono una gamma che va dall'appartenenza ai D erogatori di prestazioni finali (ed è la scelta comune per le sale operatorie) alla costituzione di veri D trasversali, la cui finalità è quella di realizzare economie di scala, al fine di ridurre i costi unitari di struttura, producendo alti volumi di attività per tutti i D erogatori finali.

Tabella I. Aree Dipartimentali Ospedaliere e Risorse Guida. Modificata da 1.

| Area Dipartimentale | Risorsa Guida |
|---------------------------|-----------------|
| Medicina e Riabilitazione | Personale |
| Chirurgia | Sale operatorie |
| Tecnologie Pesanti | Tecnologia |
| Medicina di Laboratorio | Strumenti |
| Direzione Sanitaria | Organizzazione |

Nella logica che distingue il riaccorpamento volto all'ottimizzazione delle risorse, e che si modella sulle aree ospedaliere omogenee, da quello volto all'ottimizzazione del processo assistenziale, e che si modella funzionalmente, l'Area Dipartimentale

Ospedaliera di Patologia Clinica comprende le unità operative (UO) Anatomia Patologica, Genetica, Immunoematologia e Trasfusionale, Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia¹.

Data la composizione, il nome più adeguato dovrebbe essere Medicina di Laboratorio, anche in accordo con la definizione ECLM.

Per quest'Area, così come per quelle delle Tecnologie Pesanti e della Direzione, "non pare sensato ipotizzare ulteriori sotto-compartmentazioni"¹. In un'area priva di degenza e in cui le attrezzature sono l'aspetto anche economico preminente, la risorsa guida (tabella I) è considerata appunto la "strumentazione" e sulle attività di acquisizione e di razionalizzazione della stessa ci si attende si debbano sviluppare decisioni volte all'ottimizzazione. Benché la risorsa "personale" sia considerata secondaria, per la supposta rigidità del rapporto operatore/macchina (rigidità peraltro variabile nei diversi settori di attività), vi è la percezione che il ciclo di lavorazione, seppur pensato secondo logiche industriali, è sottoposto a possibili standardizzazioni che legano l'efficienza nell'uso di risorse all'efficienza di produzione. Ne consegue che l'efficienza è strettamente connessa al miglioramento continuo della qualità del prodotto e si realizza con la razionalizzazione della lavorazione e cioè del rapporto uomo/macchina. Pertanto quest'ultimo, insieme con il miglioramento continuo del rapporto costo/qualità del prodotto, diventano i principali oggetti di attenzione dipartimentali, piuttosto che la semplice corretta allocazione delle risorse in funzione dell'aggiornamento e dell'adeguamento del patrimonio tecnologico.

Seppur in una visione meramente produttiva (ed anche sotto questo profilo taylorista e pertanto assai datata), che tanti danni ha creato alla medicina di la-

Corrispondenza a: Dott. Piero Cappelletti, Laboratorio di Patologia Clinica, Dipartimento di Medicina di Laboratorio Azienda Ospedaliera S. Maria degli Angeli, Via Montereale 24 - 33170 Pordenone - Tel. 0434 399213 - Fax. 0434 399025 - E-mail: piero.cappelletti@aopn.fvg.it

boratorio e si appresta di conseguenza a crearne alla sanità italiana, fa capolino il dato, forse non la consapevolezza, che l'efficienza è nulla se non sposata all'efficacia ma che senza efficienza l'efficacia clinica non esiste. D'altra parte è il rapporto tra i fattori produttivi (se vogliamo utilizzare questo gergo) - uomo e macchina - e il prodotto finale - inteso secondo efficienza (numero di output per risorse impiegate) ed efficacia (utilità ed appropriatezza degli output) - che determina la qualità complessiva e l'obiettivo di ottimizzazione del Laboratorio in senso lato.

Nella letteratura inglese² vi sono segnalazioni di buoni risultati ottenuti dai D di Laboratorio transmurale, per la migliore allocazione di risorse ed un migliore coordinamento tra presidi ospedalieri della stessa azienda con maggiore efficienza e contenimento dei costi. La riforma inglese della patologia clinica³, inoltre, prevede un più ampio ricorso alla dipartimentalizzazione laddove la soluzione sia la rete di laboratori piuttosto che l'accentramento in un'unica sede dell'attività analitica.

In Italia, invece, le notizie sull'organizzazione, funzione e risultati dei D di Medicina di Laboratorio sono sporadiche^{4,5}.

I D di Medicina di Laboratorio non paiono essere né diffusi né omogenei sul territorio nazionale. Nella inchiesta OASI 2000⁶, sono riconoscibili 39 D afferenti all'area di laboratorio su 349 identificabili (e 496 totali) pari all'11%. Se si tiene conto che il numero medio di D per Azienda nella stessa survey è pari a 6.6, è evidente che non tutte le Aziende avevano attivato D di area laboratoristica.

La denominazione, inoltre, è molto variegata (tabella II) e in più di 1/3 dei casi ripropone il superato concetto di "servizio". Tutto ciò rivela un poco diffuso apprezzamento del ruolo della disciplina.

Tabella II. Denominazione dei D di area Laboratorio. Elaborata da 2.

| Denominazione (39 su 349) | Percentuale |
|----------------------------|-------------|
| Patologia Clinica | 43.5 |
| Diagnostica di laboratorio | 23 |
| Servizi di Diagnosi | 18 |
| Medicina di Laboratorio | 15.3 |
| Servizi | 15.3 |

L'Inchiesta SIMeL

Data la carenza di informazioni intorno alla dipartimentalizzazione della Medicina di Laboratorio in Italia, è stata condotta nell'ottobre del 2003 una inchiesta tra i membri del Consiglio Nazionale (CN) della SIMeL, che, per la sua composizione, rappresenta tutte le regioni italiane e pertanto consente una panoramica adeguata allo scopo.

E' stato distribuito, via e-mail e fax ai 68 membri del CN SIMeL, un *Questionario* di 38 domande volto ad identificare:

- 1) lo *stato di attuazione* dei D in ambito regionale ed aziendale e l'istituzione di D di Medicina di Laboratorio (DML) aziendali o interaziendali e la loro composizione

| Istituzione dei Dipartimenti | si | no | altro |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 1. La tua Regione ha istituito formalmente i Dipartimenti Ospedalieri? | | | |
| 2. Se sì, sono previsti dipartimenti strutturali e funzionali? Anche altre tipologie (segna altro)? | | | |
| 3. Le Aziende Sanitarie della tua Regione hanno applicato l'organizzazione dipartimentale? | | | |
| 4. Le Aziende Sanitarie hanno previsto Dipartimenti di Laboratorio? | | | |
| 5. Se sì, sono Dipartimenti che comprendono anche altri Servizi (es. Radiologia; Anestesia...)? | | | |
| 6. Se no, comprendono Anatomia Patologica e Immunotrasfusionale? | | | |
| 7. Ci sono anche dipartimenti interaziendali? | | | |
| 8. Se sì, in che percentuale? (scrivere numero in altro) | | | |

- 2) le *caratteristiche del DML*, relative alla denominazione e alla tipologia strutturale o funzionale, con domande specifiche rivolte a porre in luce la coerenza tra definizioni nominali e reali contenuti e con particolare interesse alla evidenziazione della consistenza dei poteri delegati e periferizzati. Questa parte dell'Inchiesta è focalizzata all'effettivo trasferimento di competenze e poteri a livello dipartimentale da parte della Direzione Strategica.

| Caratteristiche dipartimentali | si | no | altro |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 9. Qual è il nome del dipartimento: Medicina di Laboratorio (segna si), Patologia Clinica (segna no), altro (segna altro)? | | | |
| 10. Qual è la tipologia del Dipartimento di Laboratorio: strutturale (segna si) o funzionale (segna no)? | | | |
| 11. Il Direttore di Dipartimento è nominato autocraticamente dal Direttore Generale? | | | |
| 12. Il Direttore di Dipartimento ha un ruolo gerarchico (segna si) o di coordinamento (segna no)? | | | |
| 13. Il Comitato di Dipartimento ha un ruolo di consulenza (segna si) o di assemblea elettiva e deliberativa (segna no)? | | | |

| | si | no | altro |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 14. Il budget annuale è affidato al Dipartimento? | | | |
| 15. Il personale del Comparto è affidato al Dipartimento? | | | |
| 16. L'acquisizione di servizi (acquisti, service, etc) è affidata o controllata dal Dipartimento? | | | |
| 17. Il Direttore di Dipartimento interviene nella valutazione del personale? | | | |
| 18. Il Direttore di Dipartimento interviene nella definizione degli incarichi dei dirigenti? | | | |

3) gli *obiettivi* definiti dalle Direzioni Strategiche, con domande intese da un lato a valutare l'attuazione reale della negoziazione e del budgeting e dall'altro alla pesatura del mix di obiettivi di tipo industriale e di management e di efficacia clinica, con sottolineatura degli aspetti legati alla appropriatezza. Questa parte dell'Inchiesta è volta a comprendere quale ruolo effettivo le Direzioni Strategiche assegnino alla dipartimentalizzazione dell'area della medicina di laboratorio.

| Obiettivi | si | no | altro |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 19. Gli obiettivi dipartimentali sono definiti anno per anno? | | | |
| 20. Gli obiettivi sono economici (rispetto dei budget)? | | | |
| 21...e prestazionali (in volume di attività)? | | | |
| 22...anche come tipologia di attività (sviluppo linee operative, nuove diagnostiche, etc)? (sottolinea il tuo caso o segna in altro) | | | |
| 23. Ci sono obiettivi di riorganizzazione dipartimentale (riorganizzazione linee produttive, messa in comune di strumentazione, ridefinizione competenze, etc)? (sottolinea il tuo caso o segna in altro) | | | |
| 24. Ci sono obiettivi di qualità, in termini di accesso dei cittadini (tempi di attesa, fasce di apertura dei servizi, tempi di risposta, etc)? (sottolinea il tuo caso o segna in altro) | | | |
| 25...e in termini di appropriatezza delle prestazioni (gruppi appropriatezza aziendali o interaziendali, elaborazione linee-guida, controllo richiesta per alcuni esami specialistici, elaborazione protocolli, etc)? (sottolinea il tuo caso o segna in altro) | | | |

4) ed infine gli esiti ottenuti (*outcome*), sia sotto il profilo economico e manageriale sia per gli aspetti di interesse della disciplina e dei suoi professionisti. Questa sezione dell'Inchiesta mira anche a far emergere le criticità percepite e a definire un giudizio complessivo sugli effetti della dipartimentalizzazione, commisurandole alla durata dell'esperienza.

Il Questionario concludeva con l'invito ad esprimere ogni considerazione aggiuntiva od esplicativa.

| Outcome | si | no | altro |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 26. Dalla data di attuazione del Dipartimento, i costi sono diminuiti? | | | |
| 27. ...il personale è diminuito? | | | |
| 28...le attività sono aumentate in volume? | | | |
| 29 e in tipologia? | | | |
| 30 Le Unità Operative semplici o complesse sono aumentate o diminuite? | | | |
| 31 e il numero di Primari (Direttore di Struttura Complessa) è diminuito? | | | |
| 32 Quali sono le criticità dell'organizzazione dipartimentale: ... ruolo dei Primari? | | | |
| 33 ...carezza di leadership del Direttore di Dipartimento? | | | |
| 34 ...senso di appartenenza dei gruppi di UO? | | | |
| 35 ...resistenza al cambiamento del personale? | | | |
| 36 ...incoerenza tra dichiarazioni istituzionali sul ruolo del Dipartimento e reali poteri delegati? | | | |
| 37 ...altro? Descrivi: | | | |
| 38. Il tuo giudizio complessivo sul Dipartimento è positivo? Segna in altro il numero di anni di attivazione del Dipartimento | | | |

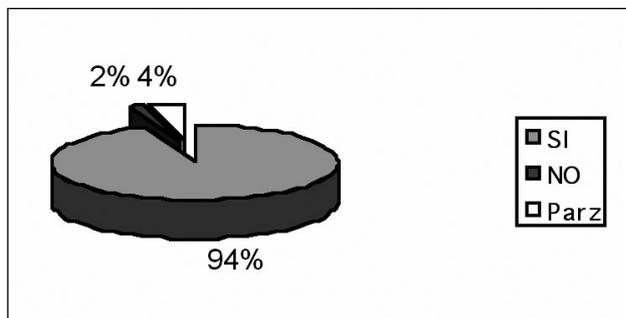
Sono state ottenute 53 risposte (77.9% dell'universo esaminato) - 24 dal Nord, 16 dal Centro, 13 dal Sud - provenienti da tutte le regioni italiane (ha risposto almeno 1 intervistato per regione). Da esse sono stati elaborati i *Risultati* qui di seguito riportati.

Istituzione

Il livello di attuazione formale dei D e dei D di Medicina di Laboratorio (DML) è molto elevato omogeneamente su tutto il territorio nazionale. Le Regioni hanno legiferato formalizzando la dipartimentalizzazione nel 98% dei casi, tra attuazioni

complete (94%) e parziali (4%). Ciò corrisponde ad 1 sola Regione ancora inadempiente (figura 1).

Figura 1. Attuazione regionale dei D



81% delle Aziende Sanitarie ha deliberato in modo compiuto (77%) o parziale (4%) l'istituzione dei D e dei DML, mentre il 19%, distribuito omogeneamente sul territorio nazionale, non ha ancora provveduto

Figura 2. Attuazione aziendale dei D

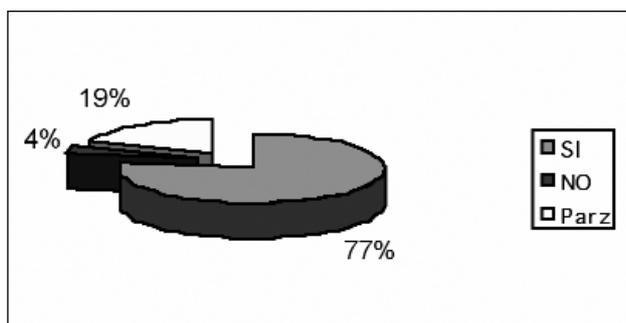
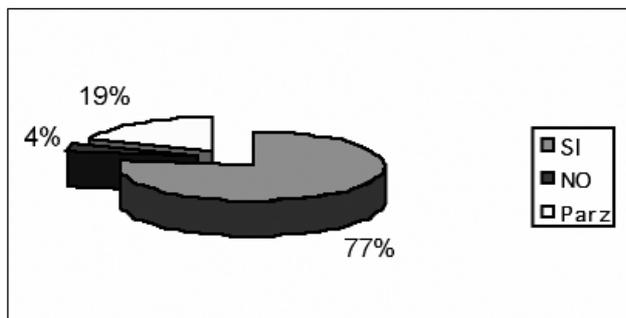


Figura 3. Attuazione aziendale DML



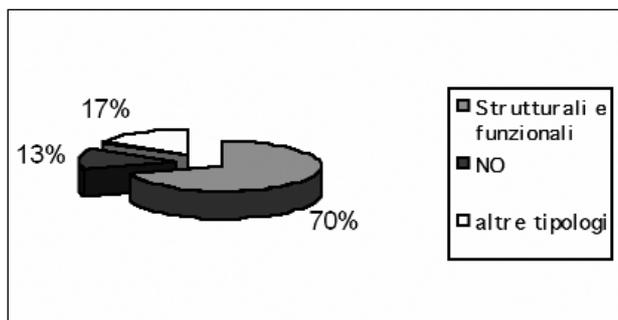
(figura 2 e 3). Le norme regionali (Leggi regionali o Delibere giuntali) riguardanti la dipartimentalizzazione hanno:

nel 70% dei casi, previsto tipologie dipartimentali strutturali (dette anche verticali) e funzionali (dette anche orizzontali);

nel 13% dei casi, hanno previsto solo una di queste tipologie, prevalentemente quella funzionale al Centro e quella strutturale al Nord;

nel 17% dei casi, le tipologie sono più varie o meno definite, anche perché associate ad esperienze dipartimentali recenti (figura 4).

Figura 4. Tipologie di D previste dalle norme regionali



A livello aziendale, circa un terzo dei D di Laboratorio comprende altri Servizi, usualmente quelli dell'imaging (Radiologia, Medicina Nucleare) ma anche il Servizio di Anestesia o di Pronto Soccorso, la Farmacia, la Direzione Sanitaria... Nei due terzi, fortunatamente, è costituito da Strutture a competenza laboratoristica, e in questo caso 82% dei D comprende l'Anatomia Patologica e il SIT e in un ulteriore 3% dei casi almeno una di queste due discipline (figura 5 e 6).

Figura 5. Il D del Laboratorio comprende anche altri Servizi?

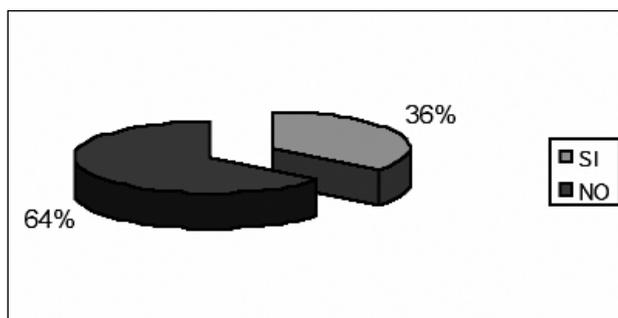
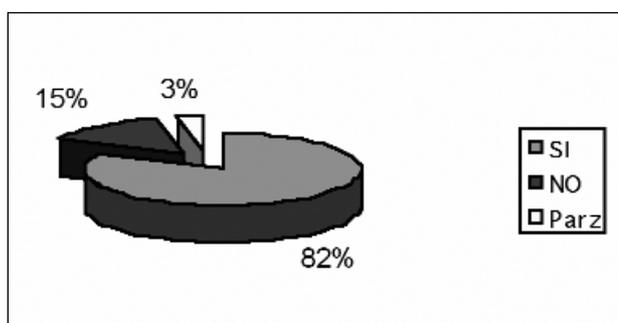
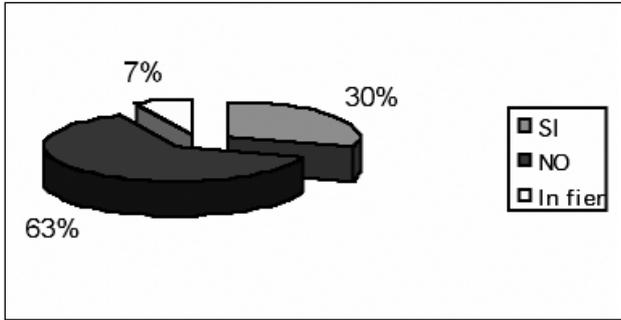


Figura 6. Il DML comprende anche Anatomia Patologica e SIT?



L'istituzione di D Interaziendali è presente nel 30% dei casi e nel 7% è in esame o in fieri (figura 7). I D Interaziendali attuati sono praticamente concentrati al Nord (12 su 13), con una media di vita pari a 5 anni (range 1-15).

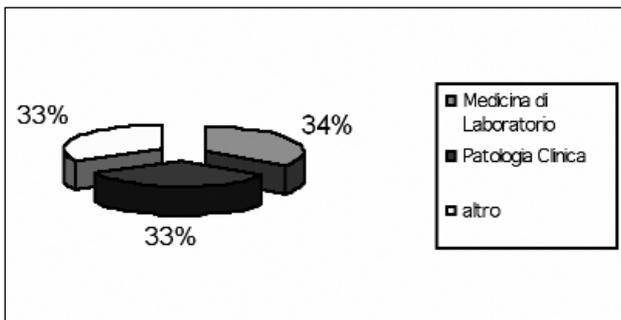
Figura 7. Istituzione di D Interaziendali



Caratteristiche dipartimentali

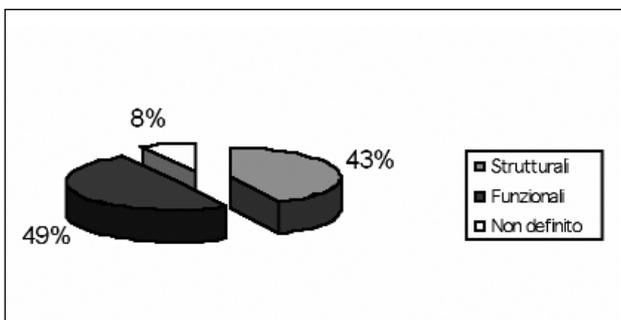
Il nome del DML (figura 8) è quasi equamente suddiviso tra Medicina di Laboratorio, Patologia Clinica ed altri nomi che identificano la pluralità delle discipline coinvolte. In questa ripartizione (Altro), si situano i 15 D che comprendono UO non laboratoristiche.

Figura 8. Nome dei DML



La tipologia identificata dalle Aziende Sanitarie per il DML (figura 9) è quasi paritariamente divisa tra strutturale e funzionale, ma con una netta prevalenza del modello verticale al Nord (74%) e una netta prevalenza del modello orizzontale al Centro (75%) e al Sud (60%).

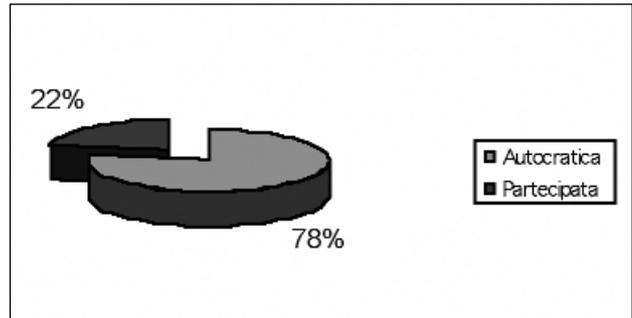
Figura 9. Tipologia DML nelle Aziende Sanitarie



Il Direttore del D (CD) è nominato (figura 10) autocraticamente dal Direttore Generale (DG) nel 78% dei casi e nel 22% dei casi in modo partecipato (rosa di nomi; raramente per elezione). Queste modalità

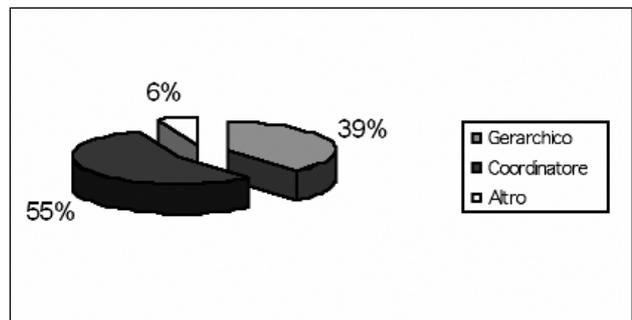
sono più rappresentate nel Centro (31%), rispetto al Sud (20%) e al Nord (17%).

Figura 10. Nomina del CD



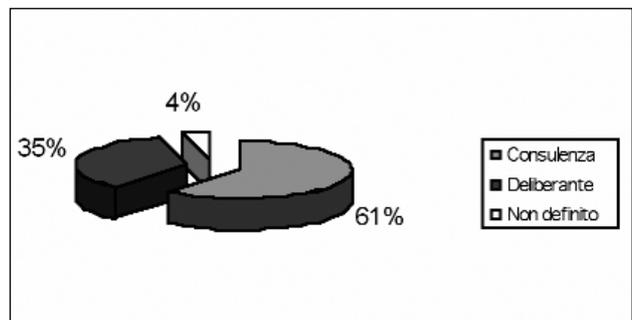
Il ruolo del CD (figura 11) è prevalentemente quello di coordinatore piuttosto che gerarchico (55 vs 39%), ma le differenze regionali sono forti. Nel Nord il ruolo è gerarchico o sovraordinato nel 56% dei casi, mentre è prevalentemente di coordinamento nel Centro (62.5%) e nel Sud (70%).

Figura 11. Ruolo del CD



Di contro, il ruolo del Comitato di Dipartimento (CdD) (figura 12) è prevalentemente di consulenza e solo in circa un terzo dei casi ha valenza elettiva e deliberante. La distribuzione geografica del ruolo del CdD è sufficientemente omogenea, anche se il potere consultivo oscilla tra il 50% nel Sud, il 61% nel Nord e il 69% nel Centro. Appartiene peraltro al Sud quel 4% di casi in cui il ruolo non è ben definito.

Figura 12. Ruolo del CdD



Quale sia il potere reale delegato (*empowerment*) al D viene rilevato:

1) dall'affidamento del budget annuale al D (figura 13), che non raggiunge neanche la metà dei casi,

marcando nette differenze regionali (Nord 61%, Centro 37.5%, Sud 20%) e una ampia presenza di situazioni non chiarite o di troppo breve esperienza per essere valutate (Altro 18%), soprattutto al Sud;

2) dall'affidamento del Personale del Comparto al D (figura 14), in una percentuale sostanzialmente pari a quella dove la competenza resta alle UO e a quella non definita o in cui il processo è in fieri o attivo da troppo poco tempo; l'affidamento dipartimentale è particolarmente basso al Centro (6.5% vs 48% Nord e 40% Sud);

3) dall'affidamento del governo dell'acquisizione di beni e servizi al D (figura 15), che raggiunge il 55%, con circa un terzo dei casi in cui resta in capo alle UO, mostrando differenze geografiche (competenza dipartimentale nel 69.5% Nord, 37.5% Centro, 50% Sud) e un 16% di casi in cui prevale la decisione della Direzione Strategica (DS);

4) dal coinvolgimento del CD nella valutazione del Personale del Comparto (figura 16), che avviene nel 53% dei casi, con marcate differenze geografiche (Nord 74%, Centro 31%, Sud 40%) e un 16% di casi in cui decide la DS;

5) dal coinvolgimento del CD nella definizione degli incarichi dirigenziali (figura 17), che avviene nel 47% dei casi, anche qui con marcate differenze regionali (Nord 65%, Centro 25%, Sud 40%) e un 14% di prevalenza della DS; qui resta consistente, con il 40% circa, la esclusiva competenza delle UO.

Figura 13. Budget annuale dipartimentale

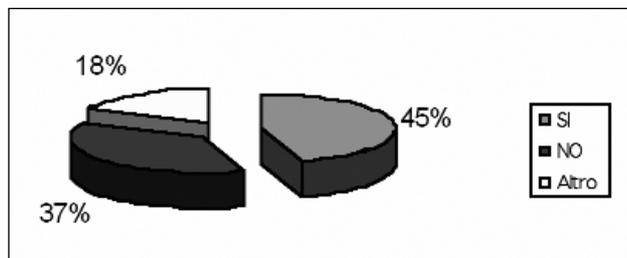


Figura 14. Personale del Comparto

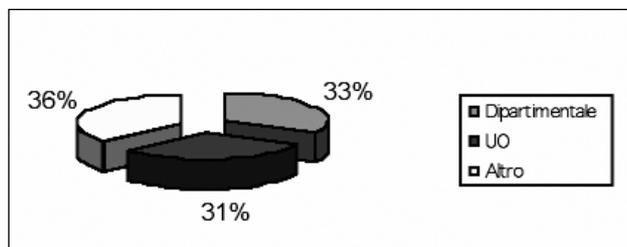


Figura 15. Acquisizione di beni e servizi

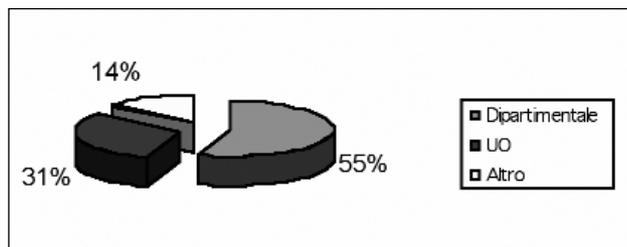


Figura 16. Valutazione del Personale del Comparto

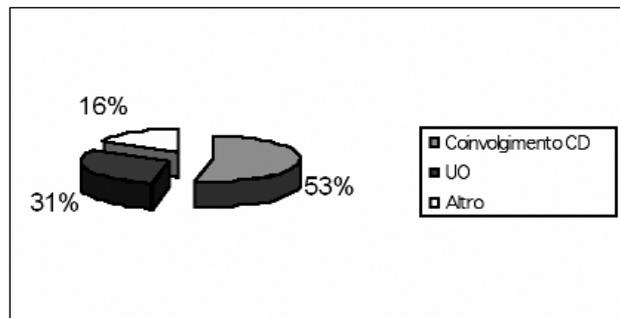
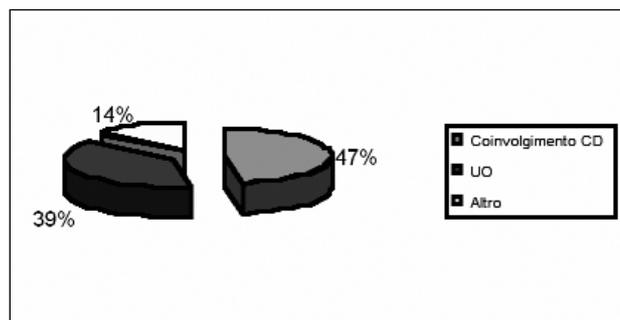


Figura 17. Definizione Incarichi Dirigenziali



Obiettivi

Gli obiettivi della dipartimentalizzazione sono molteplici e possono essere frutto di una reale negoziazione oppure imposti dall'alto.

La negoziazione annuale (figura 18) è presente nel 70% dei D italiani, con ampie differenze regionali (91% Nord, 56% Centro, 40% Sud). Al Sud e al Centro si situano i D che rispondono Altro, per carenza di sufficiente esperienza conseguente alla recente introduzione dei D (16%).

Gli obiettivi negoziati sono per i tre quarti sia economici (figura 19) che prestazionali in termini di vo-

Figura 18. Negoziazione annuale

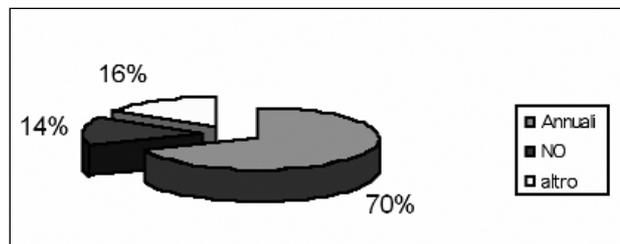
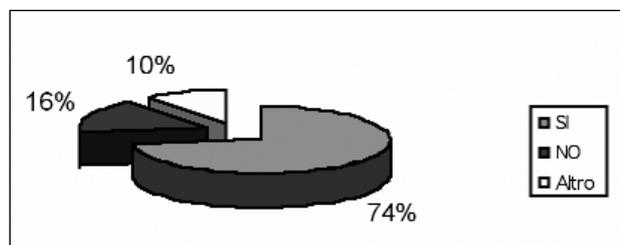


Figura 19. Obiettivi economici



lume (figura 20), con variazioni geografiche più significative per quelli economici (Nord 91.3%, Centro 68.7%, Sud 40%) che per quelli prestazionali (Nord 78.2%, Centro 75%, Sud 60%). Gli obiettivi prestazionali qualitativi (sviluppo di linee operative, introduzione di nuove diagnostiche, ecc.) sono richiesti (figura 21) nel 66% dei casi, con distribuzione geografica non particolarmente differenziata (Nord 74%, Centro 56%, Sud 60%).

Gli obiettivi dipartimentali possono essere rivolti al mero governo del sistema oppure al suo cambiamento.

Obiettivi di riorganizzazione (linee produttive dipartimentali, ridefinizione di competenze, ecc.) sono richiesti (figura 22) solo nel 53% dei casi, con profonde differenze regionali (Nord 74%, Centro 12.5%, Sud 50%).

Obiettivi di migliore accessibilità ai servizi specialmente ambulatoriali (figura 23) sono richiesti nel 68% dei casi (Nord 78%, Centro 56%, Sud 60%), ma solo nel 56% dei casi si propongono obiettivi di appropriatezza (gruppi appropriatezza, elaborazione ed implementazione linee guida e protocolli, controllo e selezione della richiesta, ecc.), con profonde differenze regionali (Nord 74%, Centro 32%, Sud 50%).

Le consistenti percentuali di risposta "Altro" (18-22%) alle domande precedenti riflettono da un lato la brevità dell'esperienza dipartimentale nel Centro-Sud e dall'altro le difficoltà delle Direzioni Strategiche nel passaggio dalle misure di produzione para-industriale e di contenimento della spesa ad una visione di riforma del sistema e di eccellenza della prestazione sanitaria.

Figura 20. Obiettivi prestazionali quantitativi

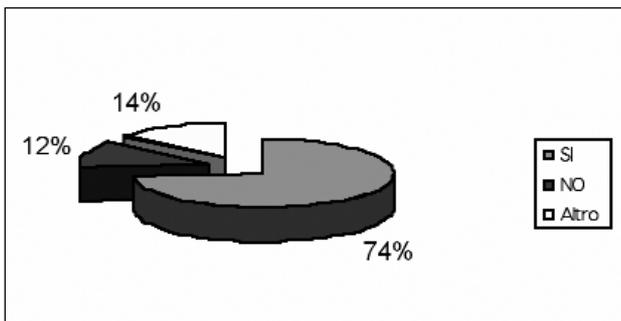
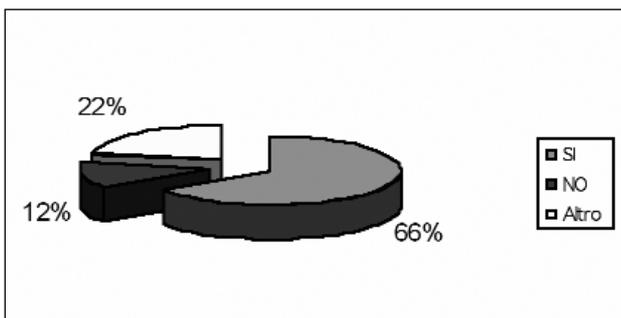


Figura 21. Obiettivi prestazionali qualitativi



Outcome

Gli esiti attesi dalla dipartimentalizzazione sono economici, di efficienza e di efficacia. Questi ultimi sono difficili da valutare anche in condizioni controllate, ancor di più in una survey nazionale. Le domande del questionario sono state rivolte, pertanto, alla valutazione della economicità e della produttività.

La diminuzione dei costi correnti (figura 25) è avvenuta nel 41% dei casi (Nord 61%, Centro 12.5%, Sud 30%), mentre la diminuzione di personale (figura 26) nel 36% dei casi, con differenze geografiche molto significative (Nord 65%, Centro 19%, Sud 0%).

Figura 22. Obiettivi di riorganizzazione

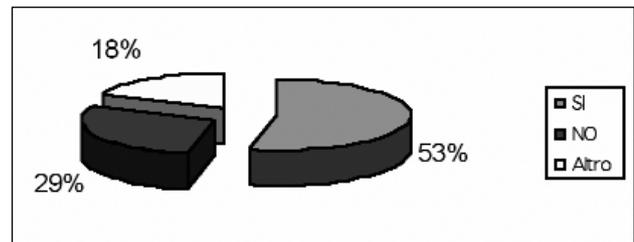


Figura 23. Obiettivi di accessibilità per i cittadini

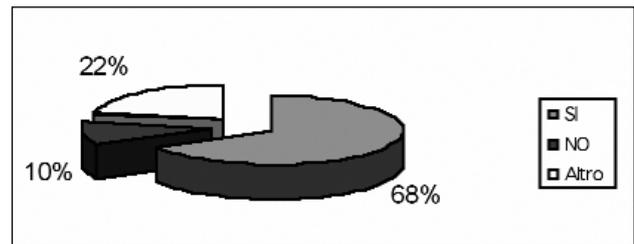


Figura 24. Obiettivi di appropriatezza

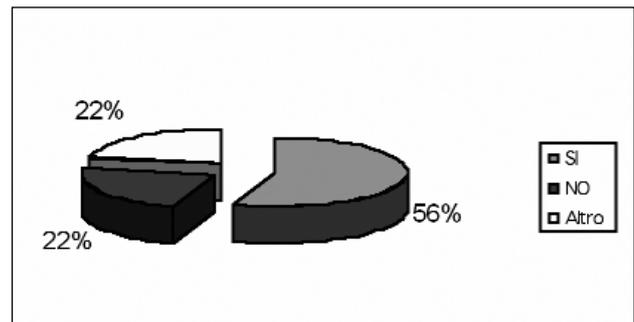
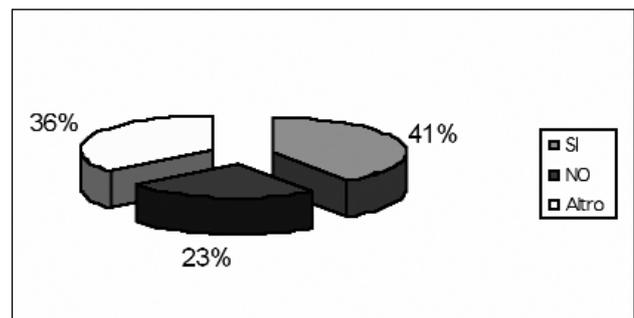


Figura 25. Outcome: diminuzione costi



La diminuzione di personale, peraltro, è obiettivo raggiungibile solo nel medio-lungo periodo e la introduzione della dipartimentalizzazione e dei DML è piuttosto recente in tutto il Centro-Sud.

L'aumento in numero delle prestazioni (figura 27) e in tipologia (figura 28) non sono necessariamente obiettivi richiesti dalle Aziende.

La presenza di trend di crescita consistenti delle prestazioni sia per volume che per tipologia (59% e 49% rispettivamente) - con omogeneità Nord-Sud, mentre al Centro è più evidente una realtà stazionaria - mostra come in presenza di risorse calanti e riorganizzazioni non sempre attive la produttività dei laboratori sia in costante aumento, come volumi e tipologia di prestazioni. La consistente percentuale di risposta Altro nelle domande precedenti riflette le situazioni con effetti minimi della dipartimentalizzazione sugli indicatori di produttività e quindi la stazionarietà di costi e personale impiegato, in connessione anche alla brevità temporale dell'esperienza in molte realtà.

Figura 26. Outcome: diminuzione di personale

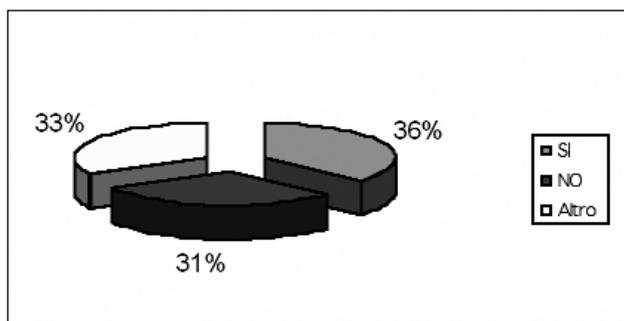


Figura 27. Aumento quantitativo di prestazione

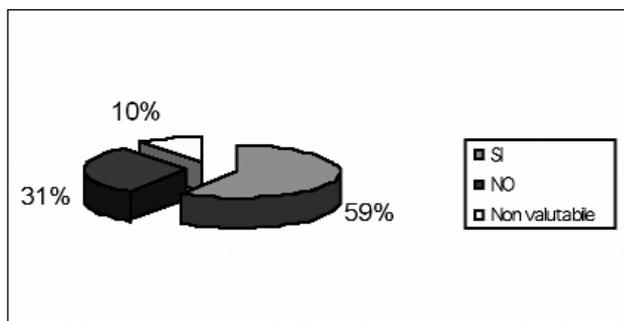


Figura 28. Aumento qualitativo di prestazioni

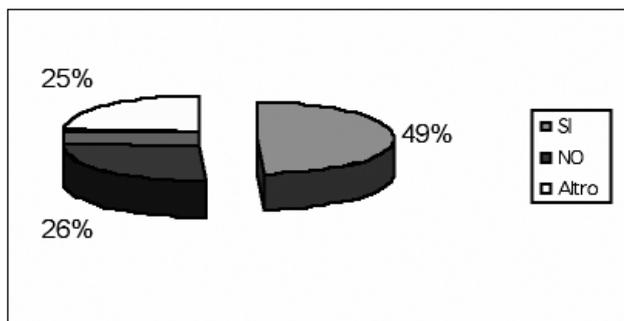
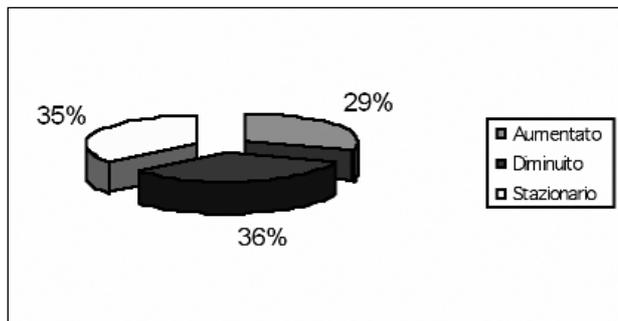


Figura 29. Numero Strutture Operative del D



Si è cercato di capire, inoltre, quanto fondati siano i timori della dipartimentalizzazione come mezzo surretto di contrazione strutturale e clinica della disciplina, attraverso la valutazione dell'andamento del numero delle Strutture operative (figura 29) e dei Primariati (figura 30).

Il numero delle Strutture Semplici o Complesse è diminuito nel 36% dei casi (Nord 43.4%, Centro 31%, Sud 30%), stazionario nel 35%, prevalentemente al Centro (Nord 22%, Centro 69%, Sud 20%) e in aumento nel 29% dei casi (Nord 35%, Centro 12,5%, Sud 50%).

Il numero dei Direttori di Struttura Complessa è stabile nel 61% dei casi (Nord 52%, Centro 75%, Sud 60%), in diminuzione nel 37% dei casi (prevalentemente al Nord 43.4%) ed in aumento nel 2% (al Nord).

Le differenze geografiche fotografano un Nord in profondo rimaneggiamento in cui vi sono realtà in contrazione ed altre in espansione sotto il profilo strutturale e delle responsabilità.

La *valutazione* dell'impatto del D consente di pesare le criticità più menzionate dalla letteratura specifica: il tradizionale ruolo "baronale" dei Primari (figura 31), la carenza di leadership del CD (figura 32), lo spirito di appartenenza dei membri delle UO (figura 33), la resistenza al cambiamento del personale (figura 34) e il rapporto con la Direzione Strategica (figura 35).

Il ruolo del Primario è una criticità per il 43% degli intervistati (Nord 65%, Centro 25%, Sud 20%) e non lo è per il 24% (distribuiti geograficamente in modo omogeneo). La carenza di leadership del CD non è una criticità per il 41% degli intervistati (geograficamente omogenei); mentre lo è per il 18%. Il senso di appartenenza alla UO, misto di spirito di corpo e di connivenza, specialmente nei gruppi invecchiati e privi di dinamiche sociali "vitali", è una criticità per il 47% e non lo è per il 22%. La resistenza del personale al cambiamento è una criticità per il 54%, prevalentemente per il Nord (78.2 vs 37-30% del Centro-Sud), mentre non lo è solo per il 18%.

La risposta "Non so" in questo gruppo di domande oscilla tra il 28 e il 41%, in relazione alla brevità di molte esperienze ma anche all'impatto emotivo di

Figura 30. Numero Primari

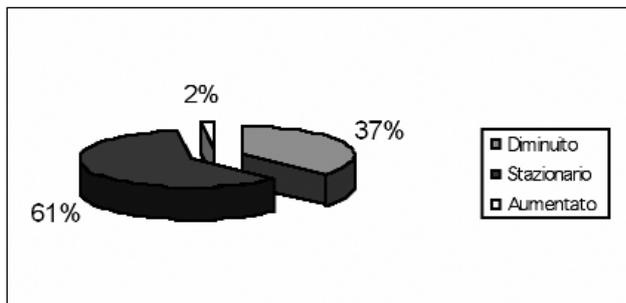


Figura 31. Criticità: ruolo dei Primari

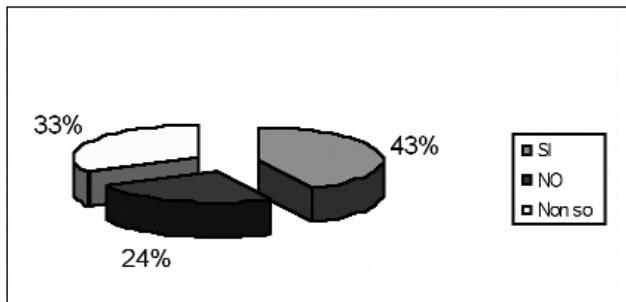


Figura 32. Criticità: leadership CD

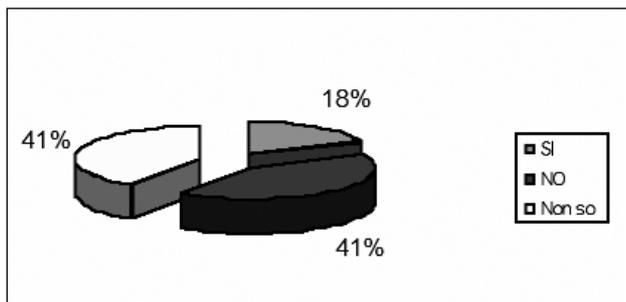


Figura 33. Criticità: appartenenza UO

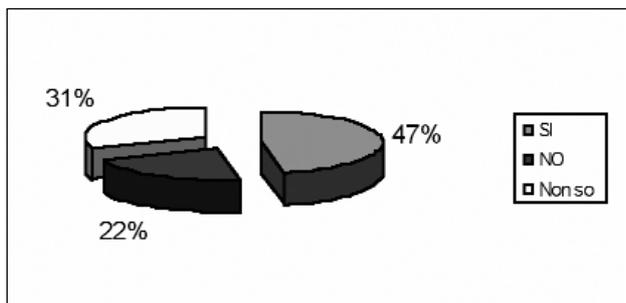
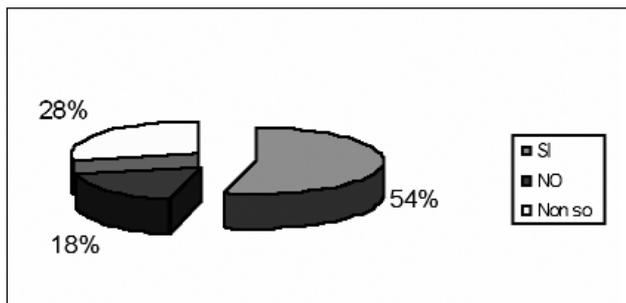


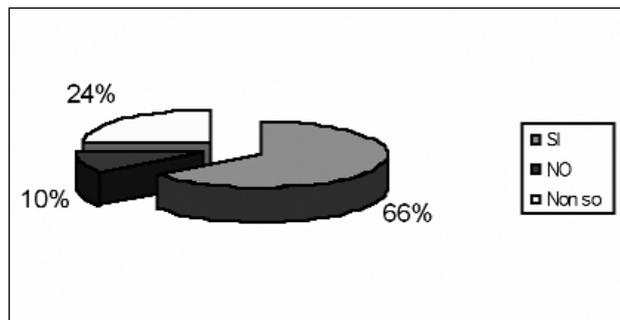
Figura 34. Criticità: resistenze del personale



risposte che non fotografano realtà ma che interpretano e giudicano comportamenti che coinvolgono gli intervistati. Non è priva di peso la composizione del campione dove sono presenti molti primari ma anche molti CD. Una quota significativa di questa tipologia di risposta in effetti equivale a un “Non risponde”.

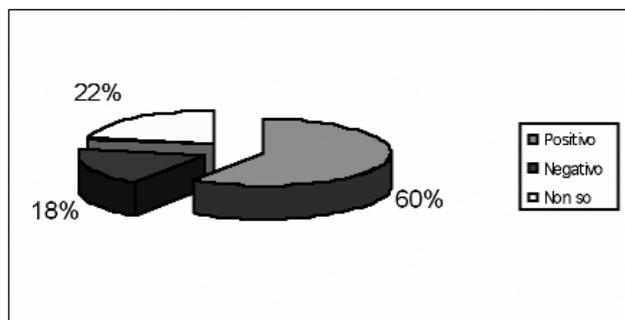
Ciò vale in parte anche per la domanda sulla criticità espressa dalla Direzione Strategica (figura 35), anche se un’alta percentuale di intervistati (66% omogeneamente distribuiti) individua nell’incoerenza tra le dichiarazioni istituzionali sul ruolo del D e la limitatezza dei poteri realmente delegati dalla Direzione Strategica, cioè nella mancanza di reale fiducia nello strumento e nei risultati del D da parte della DS, il principale motivo di criticità e di fallimento. Significativamente solo il 10% degli intervistati non concorda con questa diagnosi.

Figura 35. Criticità: rapporto con Direzione Strategica



Nella Descrizione di altre criticità (domanda n. 36), gli intervistati del Nord hanno sottolineato l’incoerenza e il troppo rapido turnover dei DG, la delicatezza del ruolo del CD, la mancata applicazione di un serio budgeting e lo sviluppo lasciato ancora alle UO, senza una regia dipartimentale. Gli intervistati del Centro hanno viceversa sottolineato le difficoltà di D troppo dispersi (eccessive distanze chilometriche e difficoltà per organizzare riunioni formative), la resistenza del personale ai cambiamenti e la frequente intromissione della politica anche nelle soluzioni tecniche ed infine l’impianto recente dei D e la difficoltà di organizzare una rete efficace. Nel Sud molte esperienze sono inferiori a 1 anno e non consentono giudizi sperimentati; laddove il processo è avviato, il mancato budgeting è la spia della sfiducia in un reale empowerment dipartimentale.

Il *giudizio complessivo* (figura 36) risente delle condizioni di tempo e di profondità del cambiamento sperimentati dagli intervistati. Il 60% ha una valutazione positiva del D (Nord 65%, Centro 50%, Sud 60%), il 18% è negativo (Nord 22%, Centro 12.5%, Sud 20%), il 22% non ha sufficiente esperienza per un giudizio compiuto (Nord 23%, Centro 37.5%, Sud 20%).

Figura 36. Giudizio complessivo

Riflessioni conclusive

Anche se il numero degli intervistati dell' Inchiesta SIMeL è piccolo (n. 53), la percentuale di risposta è elevatissima (77.9%), la più elevata tra le inchieste sull'argomento: Rapporto OASI 2000⁶ 75/283 Aziende (27%), ANAAO 2001⁷ 171/309 Segretari Aziendali (55.34%), Inchiesta Università Cattolica 2002⁸ 180/498 Aziende (36.14%). Inoltre l'Inchiesta fotografa la situazione di tutte le Regioni italiane, almeno con un intervistato per regione, dall'angolo visuale di professionisti, spesso con compiti gestionali ed impegnati sul piano scientifico e formativo, come attesta la loro appartenenza a SIMeL.

I possibili limiti della survey sono: il numero totale degli intervistati; la possibilità di perdere le differenze intraregionali quando il numero degli intervistati è pari all'unità; la composizione del campione in cui i primari e i direttori di D sono rappresentati in percentuale nettamente superiore a quella dell'universo di riferimento. Infine la realtà nazionale non è omogeneamente rappresentata: il 45.5% delle risposte giunge dal Nord, il 30% dal Centro e il 24.5% dal Sud. Ciò riflette, in parte, l'insediamento della Società e in parte la suddivisione societaria di Nord, Centro e Sud. Va sottolineato, infatti, anche per poter confrontare correttamente i dati con altre survey, che la regione Emilia-Romagna è nel raggruppamento Nord (per l'Inchiesta della Cattolica⁸ è nel Centro) e che il confine del raggruppamento Sud passa tra la regione Abruzzo e la regione Molise.

Peraltro il tasso di risposta è già di per sé la spia del diverso tasso di attuazione dei D e di interiorizzazione della stessa in ambito nazionale.

Infatti la prima osservazione è relativa alle profonde differenze geografiche della dipartimentalizzazione. Anche se praticamente tutte le Regioni hanno deliberato e 81% delle Aziende si è adeguato, il processo nel Centro e ancor più nel Sud è recentissimo. In molte realtà di queste aree i D sono stati attivati da circa 1 anno; infatti, nelle domande più dirette all'interiorizzazione della dipartimentalizzazione la mancata risposta si situa intorno ad un terzo del campione su scala nazionale e solo al 10% nel campione Nord.

Nella survey dell'anno precedente della Università

Cattolica⁸ il numero di Aziende Sanitarie che avevano attuato i D era il 78%, valore un poco inferiore, ma con diversità regionali evidenti (Nord 88%, Centro 75%, Sud 63%). E' possibile pensare che la omogeneizzazione della Inchiesta SIMeL dipenda, almeno in parte, dalla formalizzazione di nuovi D nei raggruppamenti regionali in ritardo nel percorso di dipartimentalizzazione.

I DML sono istituiti praticamente in tutte le realtà che hanno formalizzato i D e per il 64% sono costituiti di sole UO di laboratorio (in senso lato) e, in questi casi, per l'85% nella classica composizione comprendente Anatomia Patologica e/o SIT, probabilmente sulla base delle indicazioni della letteratura più conosciuta in argomento¹. Se i DML comprendenti Servizi disparati hanno nomi variegati, quelli costituiti da UO di laboratorio si dividono equamente la denominazione tra Medicina di Laboratorio e Patologia Clinica. Questo è peraltro il nome tramandato dalla letteratura in argomento¹.

Per quanto riguarda le *caratteristiche* dei D: il modello di DML largamente realizzato è in parte sovrapponibile a quello individuato dalle altre survey: un D funzionale oppure verticale ma debole; un mix di CD gestionale e di UO ancora fortemente autonome.

Infatti, anche se il CD è autocraticamente scelto dal DG nel 78% dei casi, implicando almeno teoricamente un forte rapporto fiduciario tra DS e CD, la tipologia prevalente del D è quella funzionale piuttosto che quella strutturale (49% vs 43%) e il ruolo del CD è prevalentemente di coordinamento piuttosto che gerarchico (55% vs 39%). Peraltro, come già segnalato fin dalle prime indagini del 2000⁶, il CdD non assume in sé i poteri negati al CD: infatti ha un ruolo assai più frequentemente di consulenza che deliberante (61% vs 35%). Questa apparente incoerenza nel progetto in realtà è la spia della mancata volontà delle Direzioni Strategiche di delegare effettivi poteri ai D, sia secondo modelli efficientismi al CD che secondo modelli democraticisti al CdD.

Quali siano le reali motivazioni del mancato empowerment - sfiducia delle DS nel modello o negli attori, resistenze degli apparati delle Direzioni Sanitarie o Amministrative - la mancata periferizzazione dei poteri è evidenziata anche dalle basse percentuali di DML a cui è affidato il budget (45%), il personale del Comparto (33%) e l'acquisizione di beni e servizi (55%) e dal basso coinvolgimento del CD in passaggi chiave per la riorganizzazione e il coinvolgimento delle risorse umane, come la valutazione del personale del Comparto (53%) e la definizione degli incarichi dirigenziali (47%). In un terzo dei casi questi poteri restano saldamente nelle mani delle UO che trattano direttamente e separatamente con la DS.

D'altra parte anche la negoziazione annuale di budget dipartimentale, elemento centrale di programmazione e controllo di una organizzazione, è attuata in

una percentuale non soddisfacente di casi (70%).

Analoghi erano i risultati dell'Inchiesta della Cattolica⁸, anche se ottenuti con domande puntate a saggiare la periferizzazione di poteri in parte diversi: il CD è raramente autonomo rispetto alla negoziazione di budget (47%), alla assegnazione delle risorse (15%), alla definizione della retribuzione di risultato (8%) e alla promozione dello sviluppo professionale (7%).

Si deve peraltro sottolineare, anche per gli aspetti delle caratteristiche dei DML, quanto detto sotto il profilo della attuazione e cioè le profonde differenze geografiche. Infatti al Nord prevale un DML strutturale (74%), con CD gestionale (52%) e CdD consultivo (61%), che gestisce budget (61%), personale del Comparto (48%) e acquisti (70%) ed interviene nella valutazione del personale (74%) e negli incarichi dirigenziali (65%). La negoziazione di budget annuale avviene nel 91% dei casi. Come si vede, si tratta sempre di valori decisamente più elevati della media nazionale (intorno a + 40%).

E' stata sottolineata la persistenza di poteri alle UO, che potrebbe portare argomenti alla tesi che individua il maggior ostacolo al D nel mix di difesa delle prerogative primariati, appartenenza tribale del personale e resistenze inerziali entropiche ed omertose. In realtà la contrapposizione CD vs UO, che pure è sperimentata criticità del D, è funzionale ad una DS che non intenda delegare reali poteri, sostanzialmente perché non convinta delle potenzialità di cambiamento e di governo clinico dei D. E' probabilmente a questo atteggiamento che si riferivano gli opinion leader dell'Inchiesta della Cattolica⁸ concordando nel valutare la dipartimentalizzazione finora avvenuta come "formale", "guidata", "contabile" frutto di una visione "scettica" del D.

Infatti, esaminando le risposte alle domande volte ad indagare gli *obiettivi* assegnati ai DML, si notano discrete frequenze di obiettivi economici (74%), di efficienza (volumi di prestazioni 74%, sviluppo tipologia di prestazioni 66%) e di qualità di servizio (accessibilità 68%), ma frequenze insufficienti sotto il profilo dell'efficacia (appropriatezza 56%) e della riorganizzazione (53%). Anche qui, peraltro, le differenze regionali sono notevoli, con il Nord attestato sempre a valori superiori alla media per tutti gli indicatori: economici 91%, prestazionali in volume 78% e in tipologia 74%, di accessibilità 78%, di appropriatezza 74% e di riorganizzazione 74%. D'altra parte il Nord realizza il 92% dei D Interaziendali, strumento indispensabile di ristrutturazione di area, a prescindere dalle divisioni amministrative.

Si nota, comunque, dall'insieme delle risposte della sezione Obiettivi, il ritardo nella accettazione del D come strumento di ripensamento globale dell'organizzazione dell'ospedale. "Credere nel progetto significa, per la Direzione Strategica, spostare il focus dei sistemi gestionali dalla singola unità operativa

all'intero dipartimento, supportare adeguatamente sotto il profilo tecnico-amministrativo il D e il CD, riorientare i meccanismi di controllo direzionale secondo una logica per attività e per processi, identificare una progettualità comune con i CD alla quale tenere fede a prescindere dalle difficoltà che si incontrano per via, comunicare verbalmente ma soprattutto simbolicamente l'unità d'azione di tutto il management, strategico ed operativo"⁹.

I risultati dei DML non sono esaltanti, come dimostrano le risposte all'ultimo gruppo di domande focalizzate agli *Outcome*. Una diminuzione di costi è avvenuta nel 41% dei casi e una diminuzione di personale nel 36%. Anche qui il Nord ha performance differenti: 61% di diminuzione costi e 65% di diminuzione di personale. Analoghe, se non peggiori, conclusioni sono presenti nella survey della Cattolica⁸, ma sono necessarie alcune considerazioni specifiche e generali.

E' già stato fatto notare, da un lato, che la diminuzione di personale è obiettivo raggiungibile solo nel medio-lungo periodo e, dall'altro, che crescite consistenti delle prestazioni sia per volume che per tipologia (59% e 49% rispettivamente) mostrano come, anche in presenza di risorse calanti e riorganizzazioni non sempre attive, la produttività e l'efficienza dei laboratori italiani sia in costante aumento. Il "fare di più con meno" è la regola omogenea della odierna gestione dei laboratori italiani.

La consistente percentuale (intorno al 35%) di risposta "Altro", alle domande di cui trattasi, riflette situazioni con effetti minimi della dipartimentalizzazione sugli indicatori di produttività e la stazionarietà di costi e personale impiegato, in connessione anche alla brevità temporale dell'esperienza in molte realtà specialmente di tutto il Centro-Sud. La dipartimentalizzazione, infatti, ha una sua storia ormai consolidata al Nord, dove, in un range di attività dei DML tra 1 e 7, la mediana è superiore a 5 anni e l'esperienza Interaziendale coinvolge il 50% degli intervistati, mentre è in fase ancora iniziale al Centro, dove il range di attività dei DML è sovrapponibile ma con una mediana inferiore a 3 anni, e addirittura embrionale al Sud dove moda e mediana sono inferiori a 1 anno. Anche gli opinion leader della survey della Cattolica⁸ notavano le difficoltà valutative dei risultati in realtà con meno di 4-5 anni di vita e in assenza di indicatori veramente significativi del raggiungimento degli obiettivi proposti specialmente sotto il profilo dell'efficacia clinica.

La prolungata esperienza del Nord motiva ampiamente le maggiori percentuali precedentemente riportate in caratteristiche dipartimentali, obiettivi ed outcome. Però non va sottovalutato l'impatto sugli outcome economici e di efficienza dell'atteggiamento mentale diverso, che emerge dal modello DML del Nord più efficientista e da quello del Centro più orizzontale e democratico. Anche l'analisi

si dell'andamento del numero delle Strutture Semplici e Complesse nei DML (quasi equamente diviso tra realtà stabili 35%, in diminuzione 36% ed in aumento 29%) e del numero di Primariati (prevalentemente stabili 61%) fotografano un Nord in profondo rimaneggiamento. Il dato complessivo conferma tuttavia la tendenza, epidermicamente percepita, alla diminuzione delle Strutture Complesse, spesso sostituite da Strutture Semplici, e alla nascita di nuove Strutture Semplici, in linea con le prospettive delineate dagli ultimi CCNL.

In generale, infine, è ben difficile pensare di ottenere risultati positivi quando gli strumenti e gli obiettivi della dipartimentalizzazione messi a disposizione dalle DS non sono adeguati e tradiscono spesso una valutazione minimalista dei D. Lo scontro è tra chi pensa che i D siano la normale forma di organizzazione delle aziende e la sede del governo clinico e chi si limita a tamponare deficit di bilancio con tagli e razionamenti, senza progettare riorganizzazioni e ristrutturazioni di impatto clinico provato.

Le riflessioni precedenti giustificano i dati derivanti dalle risposte al gruppo di domande sulla *valutazione* dei DML. Il principale fattore di ostacolo è percepito nell'insieme Primari (43%) - UO (47%) - resistenze del personale (54%), in modo più netto al Nord proprio perché il cambiamento è stato tentato più in profondità. Ma il freno maggiore è percepito nell'incoerenza della DS e nel mancato empowerment.

E' già stato fatto notare che la risposta "Non so" in questo gruppo di domande oscilla tra il 28 e il 41%, in relazione alla brevità di molte esperienze ma anche all'impatto emotivo di risposte che non fotografano realtà ma che interpretano e giudicano comportamenti che coinvolgono gli intervistati e che qui pesa lo spectrum bias della survey - la composizione del campione, dove sono presenti molti primari ma anche molti CD. Tuttavia il giudizio finale sui DML è positivo per il 60% degli intervistati, ben superiore al numero di CD presente nel campione, quasi che il messaggio fosse: "abbiamo capito gli obiettivi di riorganizzazione e le potenzialità in termini di efficienza e di clinical governance del DML, ora ci dovette fornire tutti gli strumenti di programmazione e controllo per realizzarli". In altre parole una richiesta di completare il percorso programmato.

Da questo punto di vista le conclusioni dell'Inchiesta SIMeL sono molto simili a quelle della Cattolica⁸ dell'anno precedente: "I dipartimenti che rimangono, anche in parte, sulla carta non pagano". "Lo stato dell'arte descritto dagli Autori⁸ fornisce un quadro parzialmente incoraggiante, che dimostra la migrazione delle Aziende sanitarie verso i modelli organizzativi dipartimentali e l'uscita di questi da una fase burocratica per diventare cambiamenti sostanziali e diffusi. La mancanza di un modello ideale ferramente imposto e un processo di gestione del cambiamento secondo logiche contingen-

ti, insieme con un mix di strutture verticali e modi partecipativi, hanno finora consentito la crescita del modello. Anche se ancora inferiori alle attese, i risultati sono già presenti sotto i parametri dell'efficienza, dell'efficacia e dell'economicità. Le condizioni per i migliori risultati sono: la completezza della dipartimentalizzazione, il decentramento dei poteri decisionali, l'impiego di strumenti di coordinamento clinico, il livello di responsabilità condivise all'interno del D, l'aggancio al processo di budgeting, il coinvolgimento dei dirigenti medici, uno stile di direzione partecipativo; mentre non appaiono particolarmente determinanti l'istituzione del Collegio di Direzione, la velocità di introduzione del processo e il decentramento periferico di funzioni di staff⁹. Le funzioni di staff permangono, però, fortemente accentrate a livello aziendale (controllo di gestione 73%, gestione sistemi informativi 70%, approvvigionamenti 54%)⁸.

Proprio qui si evidenzia la diversità più marcata tra l'Inchiesta SIMeL e quella della Cattolica⁸. Infatti sono il mancato empowerment e l'incoerenza tra dichiarazioni e pratica della Direzione Strategica i motivi di fondo individuati dagli intervistati SIMeL del mancato decollo dei D e dei limitati risultati finora conseguiti.

Pesa la diversità degli intervistati: da un lato, nell'Inchiesta della Cattolica⁸, appartenenti alla Direzione Sanitaria o Amministrativa, dall'altro, nell'Inchiesta SIMeL, appartenenti al middle management e ai professional medici.

Per trovare l'isola non trovata - l'isola del superamento efficace della frammentazione iperspecialistica, di un nuovo sistema di responsabilità e del governo clinico - sono necessarie rotte sicure, precise carte nautiche, sestanti affidabili e, soprattutto, un ammiraglio che creda fortemente che le Nuove Indie esistono.

Bibliografia

1. Zanetti M, Montaguti U, Ricciarelli G, Celin D, Pieroni G, Casadio E, Curcio Rubertini B, Zoppi A. Il medico e il management. Genova: Accademia Nazionale di Medicina; 1996. pagg 75-125
2. Stuart J, Spurgeon PC, Cook A. Mg finance work for you - strategic issues in clinical directorates. BMJ 1995;310:244-6
3. <http://www.doh.gov.uk/pathologymodernisation/es-sentserv.htm>
4. Cappelletti P. Il Dipartimento di Medicina di Laboratorio. In: AOSMA. Determinanti, percorsi e strumenti nella riorganizzazione del Sistema Ospedale. Pordenone, 29 gennaio 1999; p. 12-3.
5. Carmignoto F. Il Dipartimento di Patologia Clinica. In: SIMeL. La Medicina di Laboratorio nella Regione Veneto. Qualità ed Organizzazione. Mestre-Venezia, 1 dicembre 2000; p. 7-9

6. Bergamaschi M, Cantù E. Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere. In: Anessi Pessina E, Cantù E. L'aziendalizzazione nella sanità in Italia. Rapporto OASI 2000. Milano: Egea; 2000
7. Montante G. Dipartimenti Gestionali e Collegio di Direzione. In: "Governo Clinico, Dipartimenti Gestionali, Collegio di Direzione: speranza o realtà?" ANAAO-ASSOMED, Roma 18 aprile 2001
8. Baraldi S. L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Genova: Accademia Nazionale di Medicina.; 2003
9. Cappelletti P. Il Dipartimento: un'isola non trovata? Parte I. Il Dipartimento Ospedaliero. RML 2004; 5: 7-19