

Il Dipartimento: un'isola non trovata?

Parte I. Il dipartimento ospedaliero

Piero Cappelletti

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

Il Dipartimento: definizione

L'analisi storica della parola *dipartimento* fa risalire alla Rivoluzione Francese il suo primo utilizzo. Infatti, deriva dal francese *departir* (dividere in parti omogenee) e fu adottata dall'Assemblea Nazionale Francese nel 1790 per denominare i nuovi raggruppamenti organizzativi territoriali, pensati per sostituire le province dell'*Ancient Régime*.

Il Dipartimento Ospedaliero (D) consiste, secondo una esaustiva definizione di Guzzanti, in una "federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici".¹

L'anatomia della definizione permette di identificare gli elementi costitutivi del D (le unità operative e i loro membri), il modello organizzativo e la sua articolazione (federazione ed interdipendenza delle unità operative), gli strumenti (comune codice di comportamento) e gli obiettivi (clinico-assistenziale, didattico e di ricerca; etico, medico-legale ed economico). La definizione è del 1994 e riassume il lungo dibattito normativo intorno al D, ma contiene anche l'essenza della normativa successiva nonché le principali problematiche evidenziate nella fase di realizzazione estensiva dei D apertasi dopo il 1997, in relazione a quanto stabilito dai Dlgs. 502/92 e 517/93 e dalle Leggi 549/1995 e 382/1996.

Il Dipartimento: riferimenti normativi

La storia normativa del D inizia oltre trent'anni fa, con il DPR 27 marzo 1969 n. 128, attuativo della Legge 12 febbraio 1968 n. 132 – la legge di riforma ospedaliera Mariotti –, che all'art. 10 prevede per la prima volta "strutture organizzative a tipo dipartimentale tra divisioni, sezioni e servizi affini e complementari, al fine di migliorare la loro efficienza operativa, dell'economia di gestione e del progresso tecnico e scientifico". La direzione è affidata ad un Comitato di Dipartimento (CdD) costituito dal direttore sanitario, dai primari, da

gli aiuti capo-sezione e responsabili dei Servizi Autonomi e da rappresentanti elettivi degli aiuti e degli assistenti, nella proporzione prevista per l'elezione del Consiglio dei Sanitari (art 13, L 132/68).

A fronte della mancata applicazione della norma, la Legge 18 aprile 1975 n. 148 art. 55 e il suo decreto attuativo DM 8 novembre 1976 danno mandato alle Regioni di promuovere direttamente i D negli Ospedali giudicati idonei all'intervento; ampliano ambiziosamente il raggio d'azione del D prevedendo il collegamento tra competenze ospedaliere e competenze di istituzioni e strutture socio-sanitarie territoriali per approcci integrati, nonché la presenza nel CdD anche dei referenti delle strutture sanitarie esterne all'ospedale ma afferenti al D – "primo tentativo di proiettare l'attività ospedaliera in ambito extramurario"² – e dall'altra parte la possibilità di D "misti" ospedalieri/universitari; esplicitano la funzione del D, nel senso di assicurare la convergenza di competenze, esperienze e risultati nei diversi settori della ricerca, della didattica e dell'assistenza per il superamento delle disfunzioni relative alla gestione delle degenze, per l'umanizzazione dei rapporti personali con i pazienti e tra operatori e strutture, e per la corresponsabilizzazione e il perfezionamento professionale degli operatori sanitari in relazione alle rispettive mansioni o funzioni e in relazione alle diverse necessità organizzative; individuano nell'utilizzo comune dipartimentale di impianti, attrezzature e servizi, in base a schemi programmati di lavoro, la via per assicurare efficienza tecnica ed economie di gestione; precisano la composizione degli organi del D prevedendo, oltre al CdD, un Coordinatore e i criteri per la regolazione delle loro attività, a partire da schemi regionali uniformi; descrivono diverse tipologie di D sulla base di criteri quali: gradualità ed intensità delle cure e degli interventi, settori nosologici o gruppi di età, settori specialistici d'organo o d'apparato, appartenenza ospedaliera o "mista" ospedale/territorio purchè destinate al perseguimento di obiettivi comuni.

L'applicazione di queste norme è tale che la Legge 23 dicembre 1978 n. 833 art 17 sente la necessità di ribadire con forza "per la prima volta l'obbligatorietà del modello dipartimentale ospedaliero"³, affidata alla legislazione regionale in ambito di programmazione sanitaria, secondo i principi di integra-

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

zione tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari; di collegamento tra ospedale e territorio; di gestione dei D sulla base dell'integrazione delle competenze, valorizzando il lavoro di gruppo. Per alcuni commentatori⁴ però il 2° comma dell'art. 17, pur riconoscendo il carattere necessario dell'attuazione del modello dipartimentale, non ha valore di norma immediatamente e direttamente precettiva, tale da imporre alla legge regionale un assetto di tipo "strutturale", quanto piuttosto quello di norma di principio e secondo una logica di dipartimento di tipo "funzionale". Nei fatti le norme richiamate non hanno avuto applicazione pratica rilevante.

La Legge 23 ottobre 1985 n. 595 art 10, pertanto, nell'ambito di importanti norme di programmazione sanitaria, riaffronta l'istituzione dipartimentale dando mandato alle Regioni di predisporre la ristrutturazione delle degenze ospedaliere in base ad aree funzionali omogenee afferenti alle attività di Medicina, Chirurgia e Specialità. *"Per la prima volta si configurava l'ipotesi di aggregazioni organizzative della struttura ospedaliera diverse da quelle tradizionali (aree funzionali omogenee) e per la prima volta il legislatore pareva recepire l'esigenza di superare una organizzazione interna degli ospedali condizionata pesantemente dal sistema chiuso, verticistico e rigidamente gerarchizzato delle Divisioni e dei Servizi autonomi, sistema tale da costituire l'esatta antitesi di un'organizzazione ospedaliera dipartimentale, per definizione aperta, collaborativa, trasversale, fondata sulla integrazione dei diversi contributi disciplinari e delle competenze e delle responsabilità professionali. Confermando che la storia del Dipartimento Ospedaliero è in Italia la storia delle occasioni mancate, la L 595/85 consentiva che all'interno dell'area funzionale omogenea e come articolazione della stessa, sopravvivessero divisioni, sezioni e servizi, ovvero perseverava nell'adeguarsi a logiche compromissorie e, in qualche misura, contraddittorie e incoerenti con l'obiettivo di riconoscere al progetto di dipartimentalizzazione dell'Ospedale il reale significato di sua rifondazione globale diretta al definitivo superamento di un assetto organizzativo tradizionale ormai del tutto inadeguato"*.⁵ Se per alcuni autori⁵ le aree omogenee sono il principale criterio di aggregazione dipartimentale o addirittura *"il cardine del modello dipartimentale"*⁶, in qualche modo sovrapponendone almeno in parte i concetti, altri commentatori¹ sostengono che le aree funzionali omogenee sono destinate a realizzare solo un'aggregazione fisica, con riduzione dei posti letto e compattamento ambientale di alcuni servizi e funzioni, mentre il dipartimento richiede un'aggregazione anche "funzionale", in cui le unità operative riconoscono la loro interdipendenza.

Di nuovo, quindi, la Legge 30 dicembre 1991 n. 412 – la Finanziaria di quell'anno! – ribadisce l'obbligo di attuazione del nuovo modello organizzativo dipartimentale e introduce il concetto di "unità operativa"(UO), abolendo i termini quali divisione, sezione e servizio. La UO mantiene la propria autonomia

funzionale in ordine alle patologie di competenza, in un contesto di integrazione e collaborazione con strutture affini e con uso in comune di risorse umane e strumentali. *"L'esplicito riferimento alla autonomia funzionale circoscritta alle patologie di competenza, delimita i poteri e le responsabilità inerenti la gerarchia professionale, disinserendo da questa gli aspetti organizzativi sui quali viene ad incidere naturalmente l'assetto dipartimentale"*⁵.

La conferma a procedere con determinazione alla riorganizzazione dipartimentale si manifesta nel 1992, sia nel Decreto del Ministro della Sanità 29 gennaio 1992 sui criteri e i requisiti per consentire alle strutture sanitarie l'esercizio delle attività di alta specialità, sia nel DPR 27 marzo 1992 che per la prima volta rende immediatamente obbligatoria la figura dipartimentale in riferimento all'Emergenza. Il Dipartimento di Emergenza (DEA), la cui disciplina è contenuta nel medesimo DPR, viene reso obbligatorio negli ospedali, ma solo in quelli, individuati a tal fine dalla Regione.

I Decreti Legislativi 30 dicembre 1992 n. 502 e 7 dicembre 1993 n. 517, confermati dalla Legge 28 dicembre 1995 n. 549 art.2 e dalla Legge 18 luglio 1996 n. 382 art 1 definitivamente sanciscono l'obbligo dell'organizzazione ospedaliera su base dipartimentale e la soppressione delle disposizioni relative alle divisioni, sezioni e servizi contenute nella L 132/68 e nei DPR 128 e 129/69, a far data dal 1 gennaio 1997.

Da quella data, comincia nella sanità italiana l'effettiva realizzazione della dipartimentalizzazione, come è evidente (tabella I) dai dati raccolti dal rapporto 2000⁷ dell'Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane del CERGAS.

Tabella I. Data di costituzione dei Dipartimenti. Modificata da 7.

Data deliberazione del primo Dipartimento	n. Aziende	% su risposte
1989-92	3	5
1993-5	7	11
1996	9	15
1997	14	23
1998	17	27
1999	12	19
Totale risposte (su 283)	62	100

Infine, il dlgs 19 giugno 1999 n. 229 reintroduce aggiornato l'art 17-bis del dlgs 502/92 che recita al 1° con formula impegnativa: *"L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie"* e al 2° e 3° comma precisa: *"Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è*

preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento"

Ad esso si rifanno l'articolo 27 (tipologie di incarico), in particolare il comma 5: "Tra le strutture complesse per Dipartimento si intendono quelle strutture individuate dall'azienda per l'attuazione di processi organizzativi integrati. I Dipartimenti aziendali, comunque siano definiti (strutturali, integrati, funzionali, trasversali etc), rappresentando il modello operativo delle aziende, svolgono attività professionali e gestionali. Ad essi sono assegnate le risorse di cui al comma 3, necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite. I Dipartimenti sono articolati al loro interno in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale" e l'articolo 29 (affidamento e revoca degli incarichi di direzione di struttura complessa) del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro della Dirigenza (CCNL) del SSN per il quadriennio 1998/2001.

La lettura coordinata del CCNL 1998/2001 e del dlgs 299/99 consentono di chiarire che: i D si articolano in strutture complesse e strutture semplici a valenza dipartimentale – nuova forma di articolazione che in qualche modo sostituisce moduli e fasce organizzativi –; gli organi del D sono 2, uno monocratico (il CD) e l'altro collegiale (il CdD), sulle cui relative funzioni e meccanismo di nomina viene lasciato ampio spazio interpretativo; l'individuazione dei D e delle strutture complesse e semplici che li compongono avviene tramite l'Atto aziendale di diritto privato, di cui all'art 3 comma 1-bis del dlgs 299/99, successivo ed integrato all'atto di indirizzo e coordinamento governativo e alla prevista legge regionale. Pertanto l'Atto Aziendale attraverso il quale si individuano i D non costituisce né un atto "isolato" né un atto privo di requisiti da rispettare⁶. Ai controlli il CCNL dedica il titolo IV (incarichi dirigenziali e valutazione dei dirigenti) e fa riferimento alla norma base costituita dal Decreto Legislativo 30 luglio 1999 n. 286, che a sua volta si rifà al dlgs 29/93.

Non solo, per l'art. 4, comma 1-bis dlgs 502/92, come introdotto dall'art. 4 dlgs 229/99, le Regioni possono

proporre la costituzione o la conferma in aziende ospedaliere dei presidi ospedalieri in possesso di una serie di requisiti, fra i quali spicca "l'organizzazione dipartimentale di tutte le unità operative presenti nella struttura, disciplinata dall'atto di cui all'articolo 3, comma 1-bis, in coerenza con l'articolo 17-bis".

In conclusione, l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle Aziende sanitarie e riguarda tutte le unità operative; nei dipartimenti strutturali al Direttore (CD) sono attribuite sia responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia responsabilità gestionali ed organizzative; alla programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali partecipano attivamente i dirigenti e gli operatori del D; nel D trovano specifica realizzazione le posizioni organizzative previste dal CCNL del Comparto all'art. 20 e 21 del Capo III.

L'introduzione delle posizioni organizzative graduate è un fattore di flessibilità e di dinamicità, funzionali ad una migliore adesione dell'uso del personale disponibile, professionale ed esperto, alle esigenze e all'architettura organizzativa e gestionale dell'azienda. Le posizioni organizzative sono "funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità", definizione piuttosto generica ed astratta ma che consente l'applicazione agli appartenenti a qualunque profilo professionale, purché di "elevato" grado di esperienza e di "alta" professionalità, ma quale funzione derivata, dipendente cioè dalla fisionomia organizzativa e gestionale della struttura aziendale, compresi in primis i D.

Il Dipartimento Ospedaliero: obiettivi

Il principale obiettivo della riorganizzazione dipartimentale delle Aziende sanitarie è il tentativo di conciliare le esigenze della specializzazione con quelle della integrazione. La frammentazione iperspecialistica in UO di piccole dimensioni e scarsamente coordinate tra loro è il frutto delle esigenze di specializzazione derivanti dalla crescente complessità della ricerca e della pratica medica, quanto delle sollecitazioni a dare risposte in termini di carriera allo sviluppo professionale del personale sanitario ed amministrativo e ha come negative conseguenze la frammentazione delle competenze anche all'interno della stessa disciplina, l'idea del paziente quasi proprietà fisica di una singola specialità, problemi di "diffusione" nel senso che una stessa patologia viene trattata più volte da unità appartenenti a discipline diverse, problemi di "variabilità" per le discrepanze di protocolli diagnostico-terapeutici per lo stesso tipo di patologia differenti in UO o discipline diverse, problemi tutti che convergono nel peggioramento dell'appropriatezza e della qualità del servizio reso al paziente⁸. Il raggiungimento dell'efficienza e dell'efficacia delle prestazioni sanitarie in senso lato, attraverso l'impiego e la gestione coordinata di tutte le risorse attribuite al D, acquista particolare importanza in un quadro di risorse finite, qual è

quello della sanità italiana ed internazionale, dove il superfluo in termini di appropriatezza dato ad alcuni significa inevitabilmente il necessario sottratto ad altri. I fini dipartimentali pertanto non sono solo organizzativi ed economici ma qualitativi ed etici.

Per stabilire termini comuni, "si deve intendere per efficacia il raggiungimento effettivo degli obiettivi prefissati, per efficienza il raggiungimento degli obiettivi con la minore quantità di risorse possibili e per economicità il procacciamento delle risorse col minimo dispendio di mezzi"⁶.

Sotto il profilo organizzativo l'obiettivo della dipartimentalizzazione è quello di modificare l'assetto tradizionale della struttura ospedaliera, ispirata al modello gerarchico piramidale verso un *modello strumentale*, sintesi e superamento, almeno immaginato, della contraddizione tra il modello gerarchico italiano e il modello orizzontale anglosassone. Nel modello strumentale esistono poteri sovraordinati di una struttura verso l'altra, ma il contenuto quantitativo e qualitativo di tali poteri non è quello che caratterizza un rapporto gerarchico e si esplica attraverso poteri di indirizzo, coordinamento e vigilanza, poteri di nomina e revoca dei titolari operativi o per lo meno di loro valutazione, poteri di approvazione di atti generali e di programmazione. In questo senso l'introduzione del D nel SSN s'inquadra in un ambito molto più vasto di tentata trasformazione della Pubblica Amministrazione italiana.⁶ Appare d'altro canto evidente essere questo il punto di maggiore criticità nella realizzazione dell'organizzazione dipartimentale.

Il Dipartimento Ospedaliero: architettura

Come appare evidente dalla sommaria descrizione della normativa, la dipartimentalizzazione è una trasformazione organizzativa *funzionale* agli obiettivi di efficacia, efficienza ed economicità e *strumentale* nel senso del superamento dei limiti rispettivamente dell'organizzazione gerarchica e di quella orizzontale. Non esiste una norma specifica che individui la funzione del D ma è possibile estrapolare la diversità delle funzioni assistenziali da quelle non assistenziali. I D assistenziali, pur rappresentando una forma piuttosto organizzativa che operativa, debbono essere considerati *on line*, in quanto costituiti da un'aggregazione di unità operative di diverso livello, le quali attuano una vera e propria attività produttiva (erogazione di prestazioni sanitarie), mentre gli altri servizi di supporto tecnico/logistico (anche se in alcuni casi contrabbandati sotto la denominazione impropria di D) dovrebbero essere considerati uffici di carattere ausiliario o strumentale (*on staff*)².

Le *tipologie di aggregazione* dipartimentale sono molto varie e vengono scolasticamente descritte secondo *principi* che concernono la natura funzionale o fisica dell'aggregazione e le *logiche di riferimento* ispirate a modelli istituzionali (norme ed indirizzo di livelli istituzionali SSN superiori all'Azienda), mana-

geriali (progettazione organizzativa aziendale) o strutturali (effettiva interdipendenza delle UO componenti). Secondo ASSR⁹, in condizioni ottimali dovrebbero essere garantite sia l'aggregazione funzionale (omogeneità delle funzioni svolte) che fisica (collocazione nella stessa area ospedaliera), in modo da favorire la gestione comune del personale, degli spazi, delle risorse tecniche-strumentali ed economiche assegnate. Se ciò non è possibile per fattori contingenti, prevale ovviamente la sola aggregazione funzionale. I criteri di aggregazione possono essere individuati nell'appartenenza ad aree funzionali omogenee o per modalità di intervento o per grande area specialistica; in modo parzialmente difforme per settore/branca specialistica; per età degli assistiti; per organi ed apparati; per settori nosologici; per momento di intervento sanitario o per intensità e gradualità delle cure. Ad essi vanno aggiunti i D previsti per legge (DEA, Prevenzione, Alte Specialità; Materno-infantile, Salute Mentale, Aids e malattie infettive) e le casistiche particolari, come i D trasmurati (aggregazione di UO della stessa azienda ma appartenenti a presidi ospedalieri diversi o a presidi ospedalieri e territorio), quelli interaziendali e quelli misti ospedale-università. Per cercare un po' d'ordine in questa frammentata e oscura tassonomia, la letteratura fa riferimento ad alcuni criteri che appaiono più coerenti.

Se l'obiettivo è l'efficienza, il criterio di aggregazione più coerente è sicuramente quello delle grandi aree specialistiche omogenee, individuate sulla base di denominatori comuni riconoscibili e risorse guida (tabella II). Il riaccorpamento delle funzioni ospedaliere per l'ottimizzazione delle risorse deve tener conto che il numero degli utilizzatori delle stesse sia così consistente da innescare economie di scala, che si progetta di acquisire con forme di condivisione delle risorse in un quadro di elevata omogeneità; per risorsa guida si intende una categoria di risorse preminente in tutte le UO e critica per l'attività di gestione che caratterizza lo specifico D. Questo tipo di D deve avere giurisdizione sul personale operativo, di ricerca e di didattica; sugli spazi operativi, di ricerca e di didattica; sulle attrezzature in comune; e si esprime attraverso la gestione del bilancio, la definizione degli obiettivi e dei criteri di incentivazione, la programmazione dello sviluppo e acquisizione di risorse, la predisposizione di protocolli per strumenti e spazi in comune, gestione del personale, valutazione dei risultati raggiunti ed eventuali interventi di controllo.

Tabella II. Aree Dipartimentali Ospedaliere e Risorse Guida. Modificata da 5

Area Dipartimentale	Risorsa guida
Medicina e Riabilitazione	Personale
Chirurgia	Sale operatorie
Tecnologie Pesanti	Tecnologia pesante
Medicina di Laboratorio	Strumenti
Direzione Sanitaria	Organizzazione

Se l'obiettivo, viceversa, è l'efficacia clinica, sono più coerenti i criteri dell'intensità di cura, dei settori nosologici, dei singoli organi od apparati, delle fasce d'età, delle specifiche branche specialistiche. Il riaccorpamento delle funzioni ospedaliere per l'ottimizzazione del processo assistenziale si basa fondamentalmente sull'adozione di linee guida cliniche dettate dalla *evidence based medicine* ed adeguatamente disseminate e controllate.

La prima tipologia prevede, conseguentemente, la univocità di appartenenza delle UO ad un unico D, configurando D *verticali o strutturali*, ad impronta gerarchica e stabili nel tempo; la seconda tipologia consente alla UO l'appartenenza a più D *orizzontali o funzionali*, che possono, proprio per la loro finalità mutevole con le necessità clinico-assistenziali ed organizzative, essere anche temporanei.

Benché sia in qualche modo consequenziale, anche per il dettato del CCNL, che, sotto il profilo dell'assetto del governo del D come configurato dal rapporto tra i poteri del CD e del CdD, il D verticale sia un D *forte*, che cioè gestisce gerarchicamente le u.o. costituenti, mentre il D orizzontale sia un D *debole*, cioè con funzioni di coordinamento trasversale di UO dotate di elevata autonomia, alcuni autori⁸ sostengono che i due criteri di classificazione (univocità di appartenenza e assetto di governo) possano combinarsi tra loro dando 4 classi di D: verticali forti; verticali deboli; orizzontali deboli; orizzontali forti (tabella III). E' peraltro anche teoricamente difficilmente immaginabile un D funzionale forte; d'altra parte sarebbe più logico che un D verticale fosse di per sé un D forte.

Tabella III. Configurazione del D. Elaborata da 8

	Strutturale	Funzionale
Forte	Unicità di D Gerarchico	Multi D CD sovraordinato
Debole	Unicità di D CD Coordina	Multi D UO autonome

Tuttavia, nella realtà (tabella IV) la distinzione tra verticali forti e deboli è presente, con notevoli incoerenze per di più tra struttura dichiarata e poteri effettivamente devoluti¹⁰.

Tabella IV. Coerenza tra finalità del dipartimento e funzione degli organi. Tratta da 10

Funzioni organi Finalità dipartimento	Clinico - assistenziali	Gestionali	Miste
Clinico- professionale	4	1	1
Gestionale	1	5	2
Misto (prev. clinico- professionale)		7	7

La classificazione dei D in verticali e funzionali è alternativa a livello dipartimentale ma complementare a livello aziendale, nel senso che le singole UO possono appartenere ad un D verticale ma partecipare anche ad uno o più D funzionali. Ciò può valere, seppur in modo critico, anche per i D, nel senso che un medesimo D può appartenere contemporaneamente a più tassonomie. La scelta dei criteri da utilizzare per gli accorpamenti segue spesso un approccio contingente che tiene conto sia dell'intensità delle interdipendenze tra le UO coinvolte, sia e, direi, soprattutto gli obiettivi strategici dell'azienda sanitaria. In riferimento alle critiche rivolte all'organizzazione verticale dei D relativamente all'attenzione all'efficacia e alla qualità, si è proposta una organizzazione "reticolare" che recuperasse più alti livelli di autonomia delle singole UO, coniugati a più elevati gradi di interdipendenza per sinergie di efficacia, una maggiore flessibilità e una struttura aziendale come insieme di "consorzi specializzati". Tuttavia questo modello pare ai più⁶ una evoluzione del modello funzionale, con i suoi limiti di elevata conflittualità per l'intersecarsi di appartenenze, di basso tasso di raggiungimento dei risultati per il potere di veto presente nelle assemblee di pari e di scoordinamento complessivo del movimento aziendale verso gli obiettivi ritenuti strategici.

La definizione della struttura organizzativa interna del D rappresenta uno dei punti cruciali del processo di dipartimentalizzazione, in rapporto all'articolazione delle UO e agli organi di governo dipartimentali. Il D dovrebbe articolarsi in strutture operative complesse e semplici ed unità di staff. Nella passata legislazione le UO, intese come strutture con un responsabile di XI livello, si potevano articolare in moduli organizzativi, in riferimento a criteri di specializzazione o di compartimentazione di settori nosologici e tipicamente all'interno di grandi UO e di D verticali, o funzionali, in riferimento a necessità di autonomia professionale senza risorse dedicate tipicamente presenti nei dipartimenti funzionali. Il dlgs 229/99 e il CCNL hanno introdotto una diversa tipologia e gradazione degli incarichi, separando la filiera degli incarichi organizzativi - strutture operative complesse e semplici - da quella degli incarichi professionali, considerandole tra loro embricantesi e non susseguenti nel percorso di carriera del singolo dirigente. I responsabili di struttura, intendendo il termine secondo l'art. 13 del dlgs 229/99 come "l'articolazione organizzativa per la quale è prevista dall'Atto aziendale la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie", mantengono l'autonomia funzionale ed organizzativa in ordine alle proprie attribuzioni. Come unità organizzative di staff possono essere pensate le figure organizzative del Comparto, ma anche specifici Gruppi di lavoro definiti dal D o singoli Incarichi devoluti dal CD o ancor meglio la decentralizzazione del Controllo di Gestione. Nella survey del

2000⁷, solo il 13% dei D era dotato di propri organi di staff.

Gli organi di governo del D sono tipicamente il CD e il CdD. Secondo l'art 17-bis del dlgs 502/1992, il CD è nominato dal Direttore Generale tra i dirigenti responsabili di struttura complessa e mantiene quella titolarità. Le norme lasciano ampia discrezionalità sui meccanismi di nomina, che secondo diversi autori dovrebbero differenziarsi tra D verticali, in cui la nomina dovrebbe essere motivatamente effettuata dal DG su proposta del Consiglio dei Sanitari o del Collegio di Direzione, e D funzionali in cui dovrebbe esserci un processo elettivo. Peraltro da più parti si sottolinea l'aspetto fiduciario della scelta di una figura importante del management, come sottolineato dalla composizione del Collegio di direzione, scelta fiduciaria che mal si connette con fasi elettive ed anche selettive. Nel caso di D strutturali, il CD ha responsabilità professionali, clinico-organizzative, programmatiche e gestionali in ordine agli obiettivi assegnati. Se il D è un vero e proprio centro di responsabilità, piuttosto che un semplice centro di costo, il CD rappresenta l'interlocutore diretto della DG non solo nel processo di budgeting e di controllo di gestione ma anche nella definizione del sistema degli incentivi, nelle procedure di controllo della qualità dei servizi erogati, nella verifica degli incarichi e nel processo di aggiornamento continuo. Il CdD dovrebbe essere costituito dai responsabili delle strutture operative e dai responsabili delle unità in staff e da altre figure rappresentative del personale ed ha compiti deliberativi e/o di consulenza sull'attività organizzativa e gestionale. Anche per i contenuti specifici dell'attività del CdD le norme consentono ampio margine interpretativo alla definizione regionale ed aziendale. La costituzione di Gruppi di lavoro dipartimentali ed interdipartimentali permanenti e temporanei sono di grande utilità per il superamento delle difficoltà di comunicazione nei D e tra D, soprattutto quando la struttura sia particolarmente grande.

Il Dipartimento Ospedaliero: realizzazione

Il processo di dipartimentalizzazione richiede alcune condizioni di base che coinvolgono tutti gli attori. Innanzitutto la struttura aziendale ed in particolare la Direzione Strategica devono credere nell'opportunità e positività del progetto e non intraprenderlo solo per adeguarsi a norme cogenti o per ragioni "mimetiche", come appare piuttosto chiaro dalle inchieste che si sono succedute in questi ultimi anni^{6,7,8}. 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.

Per il CD è necessario aggiungere alle competenze cliniche quelle manageriali. Ciò si ottiene con lo studio e la formazione specifica – rivolte ad apprendere come assicurare il funzionamento del D in accordo con la strategia della Direzione, gestire le risorse attribuite, partecipare al processo aziendale di pianificazione/programmazione, rappresentare il D nei rapporti con la Direzione e con organismi esterni –, ma anche con l'acquisizione di adeguate capacità comportamentali e comunicative di negoziazione e di motivazione. Se la competenza organizzativa si impara e può aiutare a sopportare, letteralmente, "il peso del dipartimento e dell'esercizio della propria funzione"¹¹ e una pregressa credibilità professionale può aiutare ad imporre la leadership⁶, alcune qualità personali sono in qualche modo pregiudiziali ed in particolare un intuito imprenditoriale volto "alla comprensione della natura delle interdipendenze all'interno dell'organizzazione, al riconoscimento rapido delle opportunità di aggiungere valore attraverso la mediazione e lo scambio e all'apprezzamento della valenza strategica della propria posizione all'interno di reti di relazioni caratterizzate da forme e contenuti eterogenei"¹². Ma in ultima analisi, come per la Direzione Strategica, la condizione chiave è la convinzione nell'azione di cambiamento.

Per i membri del D valgono la propensione all'innovazione, la lealtà nell'esperienza e la disponibilità a verifiche e valutazioni attive e passive equanime. D'altra parte il diffuso coinvolgimento degli operatori ed uno sforzo di mediazione delle diverse aspettative per la condivisione del progetto sono altrettanto necessari.

Riguardo i fattori favorevoli al processo di dipartimentalizzazione, la letteratura italiana ed internazionale citano, da un lato, la cultura e la storia dell'azienda, delle unità organizzative e degli operatori rispetto al cambiamento e la consapevolezza da parte degli operatori della necessità di recuperare efficienza e dall'altro la formulazione di un progetto coerente e sufficientemente comprensivo degli obiettivi, dei meccanismi e del sistema di premi/pesi previsti e un adeguato supporto formativo manageriale e di efficacia clinica.

Sotto questo profilo si segnala che "il processo incontra generalmente il favore delle unità organizzative che producono servizi intermedi destinati ad altre unità dell'azienda (laboratorio, radiologia) o comunque delle UO storicamente più attente agli aspetti gestionali (*managerially-oriented*), come la geriatria. Viene invece osteggiato dalle UO direttamente impegnate nell'erogazione di servizi a pazienti acuti (*acute specialties*)"¹³.

Tabella V. Fattori favorenti la dipartimentalizzazione

Fattori favorenti
<ul style="list-style-type: none"> • Cultura e storia AS, UO, operatori • Consapevolezza della necessità di cambiamento • Progetto coerente • Supporto formativo

Tra gli ostacoli, mentre gli autori stranieri¹³ sottolineano, da un lato, la rotazione della carica di *clinical director* e la difficoltà di quest'ultimo nel conciliare responsabilità e lealtà manageriali e professionali e, dall'altro, la tradizionale incapacità dei medici di lavorare in team e il diffuso timore che il D sia un modo surrettizio per inquadrare gerarchicamente la componente clinica, gli autori italiani⁶ insistono piuttosto sull'atteggiamento passivo degli operatori conseguente alla concezione, prevalente nel settore sanitario, dell'organizzazione come sistema predefinito, standardizzato ed imposto dall'alto, sulla sostanziale assenza di responsabilizzazione sull'andamento economico, sulla rigidità della normativa riguardante amministrazione e personale, sulla tradizionale autonomia dei primari, sul timore che la dipartimentalizzazione rappresenti unicamente un modo per ridurre personale e risorse e sulla generalizzata carenza di cultura manageriale e dell'integrazione in una prospettiva sistemica.

Tabella VI. Ostacoli alla dipartimentalizzazione

Ostacoli
<ul style="list-style-type: none"> • Atteggiamento passivo operatori • Assenza di responsabilizzazione • Rigidità normativa • Ruolo tradizionale dei Primari • D percepito come razionamento • Carenze culturali personali e collettive

Il Dipartimento Ospedaliero: risultati attesi e raggiunti

I risultati attesi dall'introduzione del *clinical directorate* in ambito anglosassone sono relativi al miglioramento dell'efficienza e controllo dei costi senza violazione dell'autonomia clinica, miglioramento della qualità attraverso una maggiore interdisciplinarietà ed una maggiore flessibilità resa critica dal contesto particolarmente dinamico¹¹. La valutazione dell'effettivo raggiungimento degli obiettivi dopo molti anni di sperimentazione è positivo (riduzione delle liste d'attesa per interventi chirurgici, aumento degli interventi, ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie), seppur con annotazioni riguardo la

non completa soddisfazione delle attese. In particolare sembra efficace l'adozione di D trasversali di chirurgia e laboratorio⁷.

La letteratura italiana esplicita i risultati attesi in: efficienza per migliore dimensionamento della capacità produttiva con conseguenti economie di scala e per utilizzo comune di personale e strutture, spesso distribuiti per processi di stratificazione storica, da un lato, e per semplificazione dei processi decisionali dall'altro; efficacia per la riaffermazione della centralità del paziente e della necessaria integrazione di tutti i servizi rivolti a pazienti specifici e per la concreta possibilità di espressione della multidisciplinarietà; ricerca ed innovazione, come frutto della multidisciplinarietà e del collegamento tra didattica, ricerca ed assistenza. In Italia l'introduzione dei dipartimenti è piuttosto recente e ha consentito solo sporadiche valutazioni dell'effettivo risultato raggiunto.

L'inchiesta dell'Università Bocconi

La prima inchiesta in qualche modo sistematica sulla dipartimentalizzazione nelle Aziende sanitarie italiane è quella del CERGAS – Università Bocconi, effettuata nel febbraio 2000 e pubblicata nell'ottobre dello stesso anno⁷. Ad un questionario inviato a tutte le Aziende sanitarie con Ospedali (n. 283) risposero 75 realtà (27%). Anche se il campione non è statisticamente significativo, sono state tratte diverse interessanti valutazioni sul processo di dipartimentalizzazione: diffusione piuttosto ampia (89%); grado di consolidamento basso (69% dopo 1.1.1997); estensione buona per la parte sanitaria (63% delle Aziende estende il modello a tutte le UO sanitarie) e limitata per la parte amministrativa (29%). Nel 67% dei casi le modalità di avvio del processo è frutto di un progetto globale di dipartimentalizzazione e solo nel 23% dei casi si è proceduto per progetti limitati e pilota.

Quanto alle caratteristiche organizzative dei D, non è possibile individuarne una predominante. Il numero medio di D per azienda è 6.6. Quasi tutte le aziende adottano D forti con un CD con funzioni di organizzazione gestionale (87%) e direttamente nominato dal DG, senza condizionamenti del CdD (47%). Peraltro, alla funzione gestionale del CD corrisponde solo nel 44% un ruolo gerarchico e nel 56% un ruolo di mero coordinamento. Tuttavia, nel 47.6% dei D con CD con funzioni di coordinatore, a cui dovrebbe corrispondere un CdD forte e deliberativo, è istituito un CdD puramente consultivo.

Tabella VII. Inchiesta CERGAS-OASI 2000: Risultati sintetici

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Tipologia organizzativa variabile • Nomina CD autocratica di DG 47% • CD gestionale 87%, ma gerarchico 44% • CdD consultivo 47.6%, ma CD coord. |
|--|

La analoga relazione del CERGAS per l'anno 2001¹⁰ sottolinea ancora l'incoerenza dei modelli tra orientamento dichiarato e poteri devoluti relativamente ai D verticali e funzionali, forti e deboli. Per quanto attiene alle regole di funzionamento, il 52% delle Aziende ha stabilito un Regolamento aziendale tipo rispetto al quale i singoli D hanno autonomia di definizione. La maggior parte delle restanti realtà ha definito aziendalmente un unico modello. Solo metà delle Azienda ha attivato la negoziazione di budget e il 45% di queste negozia con il solo CD.

Le conclusioni dell'inchiesta sono che vi è un forte interesse per la dipartimentalizzazione; che la diffusione del modello dipartimentale sembra più legato alla semplice necessità di adempiere indicazioni normative; che, peraltro, si notano sforzi di condivisione reale del processo di cambiamento; e che le criticità sono nella incoerenza e sperimentalità diffuse dei modelli proposti.

L'indagine ANAAO ASSOMED

Nel 2001, altre notizie sulla dipartimentalizzazione nelle Aziende sanitarie si trovano nelle relazioni del Convegno ANAAO "Governo clinico, Dipartimenti gestionali, Collegio di direzione: speranza o realtà"¹⁴, tratte da dati ottenuti da aziende pubbliche e IRCCS, e in una Inchiesta del Senato¹⁵, rivolta esclusivamente alle aziende pubbliche ospedaliere e territoriali.

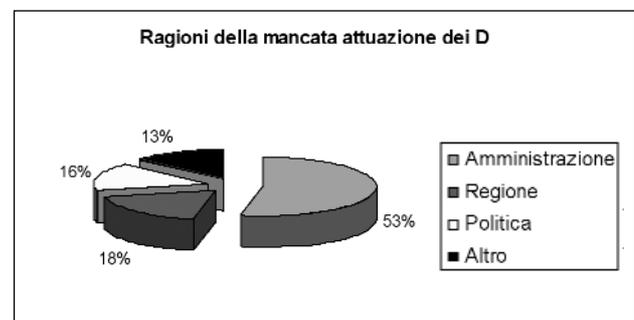
L'indagine ANAAO sui D gestionali e Collegi di Direzione ha come scopo conoscere lo stato di attuazione dei D gestionali (strutturali, verticali) e dei collegi di direzione nelle aziende sanitarie pubbliche italiane e la situazione legislativa regionale in materia, ed individuarne le criticità che ne ostacolano la corretta attuazione, attraverso un questionario somministrato ai Segretari Aziendali ANAAO, con controllo incrociato dei dati. Segretari ANAAO sono presenti in 309 su 332 aziende e IRCCS italiani, pari al 93%, e rispondono in 171 (55.34%), distribuiti in 62% Nord, 32% Centro e 56% Sud. I D sono realizzati, nella primavera del 2001, completamente nel 63.4% (74% Nord, 72,5 Centro, 44% Sud) e parzialmente nel 7% delle aziende italiane, seguendo nel 77% dei casi le norme nazionali (dlgs 229) e regionali (Atto di Indirizzo) e interessando nel 85.6% dei casi, omogeneamente nelle realtà regionali, tutte le strutture sanitarie aziendali. Il CdD è presente nel 86% dei D (95.4% Nord, 75% centro e Sud) e un Regolamento nel 72% dei D (80% Nord, 50% Centro, 75% Sud). Il CD è scelto dal DG all'interno di una rosa proposta dal CdD nel 37.6% dei casi (45% Nord, 31% Centro, 19% Sud). L'informazione e la consultazione obbligatorie ai sindacati è avvenuta, rispettivamente, nel 56 3 48.5% dei casi.

A fronte di una attuazione dichiarata del 63.4% - dati dell'inchiesta CERGAS⁷ precedentemente riportata - le aziende hanno individuato/attuato i D nel rispetto delle leggi nel 42.1% delle realtà (57% Nord,

28.6% Centro, 26% Sud). Le principali motivazioni della mancata attuazione sono: ritardi amministrativi e politici 53%, mancanza di volontà politica 16%, mancanza di Atto regionale o PSR/leggi regionali relative 18%, altre ragioni 13%. Metà delle Regioni, in effetti, al 2001 non aveva emesso l'Atto di indirizzo. I dati sull'attuazione del Collegio di Direzione vedono ancora una più bassa realizzazione (34.86 % verificato vs 36.5% dichiarato). Peraltro, quando presente, comprende nel 93.2% tutti i CD e nel 92.5% rispetta i compiti previsti dal dlgs 229/99.

Le principali motivazioni alla mancata attuazione (Figura 1) sono simili ai precedenti: 54% ritardi amministrazione locale, 20% ritardi legislativi regionali (anche qui metà Regioni non aveva legiferato ad hoc), 8% mancanza di volontà politica, 5% dubbi interpretativi, 3% mancata individuazione dei D, 9% sconosciuti. Le criticità in conclusione individuate dall'indagine sono: forti ed ingiustificate differenze geografiche, ritardi legislativi e di indirizzo regionali, frequente resistenza della dirigenza amministrativa al governo clinico per carenza di cultura specifica (elemento assolutamente eclatante che evidenzia il grande potere di veto degli amministrativi rispetto alle riforme di efficienza ed efficacia), resistenza al confronto sindacale da parte delle Aziende, mancanza di cultura diffusa e consolidata dell'organizzazione dipartimentale tra i dirigenti medici.

Figura 1. Inchiesta ANAAO 2001: Ragioni della mancata attuazione dei D



Lo *spectrum bias* dell'inchiesta sta ovviamente nella composizione dei soggetti intervistati (dirigenti di I livello, attivisti sindacali) e nella prevalenza nel campione di coloro che avevano già esperienza di D. Pertanto i risultati potrebbero essere devianti in senso positivo rispetto alle reali percentuali di realizzazione dei D.

L'inchiesta dell'Università Cattolica di Milano

Nel 2003 è pubblicata una più vasta survey⁶ sulla organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie, articolata in un gruppo di interviste ad opinion leader e nella raccolta di un questionario inviato a tutte le Aziende sanitarie pubbliche e private con ospedali con almeno 120 posti letto.

Il punto di vista degli *opinion leader* (11 italiani tra

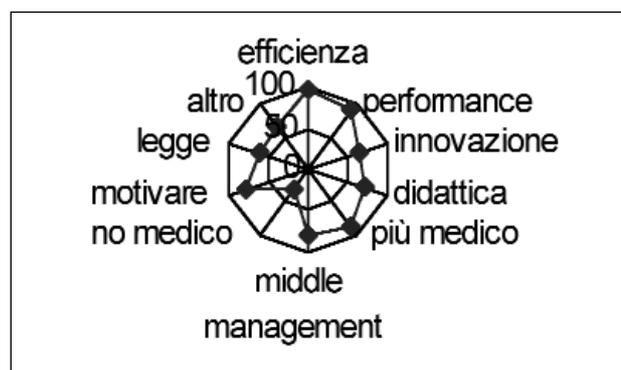
cui Guzzanti, Montaguti, Morini, Paci e Zucchelli e 2 canadesi) mostra una sostanziale omogeneità: 1) nell'individuare le motivazioni al cambiamento nella necessità di riorganizzazione volta ad un servizio corale al paziente, pur nella evoluzione iperspecialistica della medicina, nella limitatezza delle risorse disponibili che rendono indispensabili economie di scala, nella potenzialità dei D di favorire l'interdisciplinarietà e di risolvere positivamente il tormentato rapporto tra professionista ed azienda; 2) nella visione "scettica" di una dipartimentalizzazione sostanzialmente formale, "guidata" e "contabile", seppur tuttavia fase iniziale di un processo obbligato; 3) nella consapevolezza che la logica dipartimentale dovrebbe produrre un radicale ripensamento dell'assetto organizzativo e dei processi decisionali, con un decentramento delle decisioni; 4) nella valutazione del change management come processo che pur riconoscendo una necessaria forma di autorità in fase iniziale dovrebbe poi proseguire con il coinvolgimento delle persone e per piccoli passi, anche se il modello predominante non è quello dell'approccio partecipativo e graduale; 5) nella difficoltà di valutare le performance effettivamente realizzate per mancanza di esperienze consolidate per un tempo sufficiente (4-5 anni) e di indicatori adeguati; 6) nella individuazione di "isole felici" nelle strutture di maggior dimensione o complessità e in particolare nei D ospedalieri contemporaneamente strutturali e funzionali, negli ambiti professionali già orientati al lavoro di gruppo, e nell'area geografica del centro-nord. Una valutazione più eterogenea è espressa dagli opinion leader relativamente: 1) ai fattori di resistenza sia della componente clinica che resiste in difesa della propria autonomia, non accetta il nuovo status di dirigente e teme soprattutto nei medici più anziani il cambiamento, sia della componente amministrativa che è riluttante a cedere per decentramento i poteri guadagnati e a riconoscere ai medici capacità manageriali, sia del management che è in qualche modo imbavagliato dal potere politico; 2) ai fattori agevolanti individuati prioritariamente nel management, poi in adeguati meccanismi operativi aziendali in particolare per i flussi informativi e per la valutazione dei risultati ed infine negli aspetti "democratici" dell'approccio di governo del D; 3) alla partecipazione del settore privato al cambiamento, per alcuni "naturalmente" orientato all'efficienza e per altri ancora "all'età della pietra" per la scarsa complessità delle strutture e in quanto esponente di una cultura organizzativa tradizionalista.

Riguardo alle prospettive, vi è una schiacciante maggioranza di ottimisti che vedono la dipartimentalizzazione come un processo evolutivo ineluttabile che ha bisogno di tempo per affermarsi, particolarmente in ospedali dalle caratteristiche di complessità precedentemente descritte, mentre i pessimisti traggono le loro convinzioni dal passato del SSN. Tutti

paiono suggerire una organizzazione di obiettivi e di processi, con minor strutturazione formale e maggiore responsabilizzazione professionale per l'effettivo miglioramento di efficacia ed efficienza.

Per rilevare il punto di vista delle Aziende è stato distribuito un *Questionario* di 26 domande finalizzate ad indagare la percezione del management rispetto alla dipartimentalizzazione e in particolare alla motivazione al cambiamento, alla sua ampiezza e profondità, ai modelli emergenti, alla sua gestione, ai fattori favorevoli e di resistenza e, infine, ai risultati che si stanno ottenendo. Il Questionario è stato inviato a 498 Aziende pubbliche e private, assistenziali e di didattica e ricerca, di adeguata complessità (> 120pl). Hanno risposto 180 aziende pari al 36.14% dell'universo di riferimento della ricerca, con una distribuzione geografica di sensibilità decrescente da Nord a Sud (41% Nord, 35% Centro, 31% Sud) con punte più collaborative in Veneto, Marche, Basilicata e poco collaborative in Lazio ed Umbria, e con prevalenza di risposte da aziende pubbliche e policlinici universitari a dimensioni medio-grandi (84% dei rispondenti supera i 300pl e il 39% i 600pl). Questi dati consentono già di identificare alcune caratteristiche delle strutture realmente interessate alla dipartimentalizzazione (complessità della struttura, area geografica, cultura manageriale pregressa), peraltro coerenti con le intuizioni degli opinion leader.

Figura 2. Inchiesta Università Cattolica 2002: Esigenze per la dipartimentalizzazione. Elaborata da 6



Benché i D appaiano una soluzione organizzativa multiuso, la principale motivazione è il recupero dell'efficienza (96% degli intervistati) e il miglioramento dell'efficacia (86%) in termini di performance cliniche: in poche parole "fare meglio con meno". Consistenti motivazioni riguardano la valorizzazione del ruolo medico (86%), la rimotivazione del personale (81%) e la creazione di costruire un gruppo dirigenziale di middle management (80%), mentre minor valore è dato alla didattica (74%), all'innovazione (64%) a motivazioni di legge (61%) e, soprattutto, alla compressione del ruolo medico (31%). Le ultime due risposte appaiono in disaccordo, la prima con la valutazione degli opinion leader e l'altra con

la percezione diffusa del personale medico, alimentata anche da timori pregiudiziali. Per una corretta interpretazione dei dati si deve tener conto della numerosità del campione e della selezione dei rispondenti in relazione ad un reale interesse e conoscenza della problematica.

L'ampiezza del cambiamento, dopo un prolungato periodo di gestazione, è evidente sia *tra* che *nelle* aziende. Il 78% delle aziende ha attuato, seppur parzialmente, i D (Nord 88%, Centro 75%, Sud 63%) e il 70% ha coinvolto tutte le UO, con predominanza del settore pubblico e in particolare ospedaliero (95%) e delle strutture a maggior dimensione (71% delle aziende >600pl). L'applicazione comincia ad essere pervasiva: 90% delle aziende ha completato il progetto, 81% di queste ha deliberato, 90% di queste ha nominato CD, e nel 40% dei casi la dipartimentalizzazione sta cambiando i meccanismi di funzionamento dell'organizzazione. La maggiore incisività nell'interiorizzazione delle logiche dipartimentali appare nel Centro (76% vs 37% Nord e 33% Sud) ed in particolare in Emilia-Romagna.

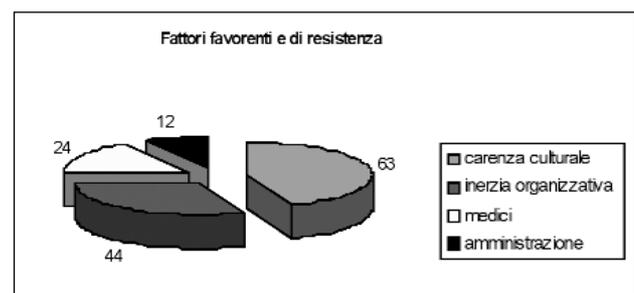
La profondità del cambiamento è stata saggiata con la valutazione della presenza di un Regolamento (78%), della definizione dell'indennità di posizione per il CD (81%), della maggiore ampiezza degli obiettivi del CD rispetto ai Responsabili di UO (65%) e della condivisione degli obiettivi tra Responsabili di UO (67%), della composizione del Collegio di Direzione, che esiste nel 52% delle aziende e che nell'86% dei casi comprende tutti i CD. La nomina del CD avviene direttamente da parte del DG nel 53% delle aziende (69% Nord, 11% Centro, 52% Sud) e solo nel 37% tra una rosa indicata dal CdD: si nota il peso dell'Emilia-Romagna sull'atteggiamento "partecipativo" del Centro. Questi dati paiono smentire l'impressione degli opinion leader e di altre Inchieste riguardo una dipartimentalizzazione solo formale. Peraltro, rispetto ai processi decisionali, la figura del CD appare spesso schiacciata tra DG e CdD, che è presente nel 81% delle aziende in tutti i D, è composto sempre dai Responsabili di UO, nel 84% dei casi da rappresentanti del personale non medico e nel 51% dei casi dai responsabili di moduli funzionali e/o organizzativi, e svolge assai spesso un ruolo rilevante nell'assegnazione delle risorse (40%). 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%). Di solito condivide con il DG (-, 29, 42, 53% rispettivamente) o con il CdD (40, 40, -, 18%). Per quest'ultimo punto, i progetti ECM sono stati parzialmente decentrati a livello del D, attraverso una unità in staff (40%) oppure affidandola ad una persona fisica (21%). "In conclusione, malgrado la maggior parte dei dipartimenti sia configurata come strutturale e forte, le funzioni attribuite al responsabile sem-

brano spesso più coerenti con il modello funzionale. Il suo ruolo, infatti, sembra non avere una forte connotazione gerarchica e gestionale, ma caratterizzarsi piuttosto come *primus inter pares*, facilitatore, coordinatore." Questa, insieme alla localizzazione delle funzioni di staff, che permangono accentrate a livello aziendale (controllo di gestione 73%, gestione sistemi informativi 70%, approvvigionamenti 54%), appaiono le principali criticità.

La ricerca mostra che il 43% delle aziende vive la dipartimentalizzazione come strumento organizzativo generalista (D clinici e amministrativi), il 40% lo estende alla quasi totalità delle UO, oltre il 70% sceglie un modello strutturale tendenzialmente gerarchico, ma le forme di aggregazione delle UO sono assai variegatae sconfessando l'emergere di un modello universale e privilegiando un approccio contingente alla realizzazione, in ciò concordando con gli opinion leader. La logica contingente domina anche i modi di gestione del processo, in particolare rispetto alla velocità del processo e al coinvolgimento dei dirigenti medici. Infatti il 52% delle Aziende ha scelto un approccio graduale e il 48% uno radicale. Il 49% ha scelto il coinvolgimento dei dirigenti medici come fondamentale per il buon esito del processo e il 51% ha coinvolto i medici a macchia di leopardo. Viceversa vi è maggiore omogeneità riguardo lo stile di direzione che si riporta partecipativo, sia da parte della Direzione (77%), che da parte del CD (87%), sia nelle aziende pubbliche che in quelle a maggiori dimensioni, con prevalenza nell'area Centro. Deve essere tenuta presente la parzialità legata agli estensori delle risposte, membri della Direzione Generale e Sanitaria.

Qualche sorpresa la fornisce la sezione rivolta ai fattori favorenti e di resistenza. Mentre emerge abbastanza chiaro il ruolo della cultura manageriale (la sua carenza è vissuta come ostacolante nel 63% delle risposte), solo il 44% degli intervistati ritiene ostacolo importante il fenomeno dell'inerzia organizzativa, che è conosciuta essere il fattore scatenante i processi ecologico-selettivi nella pubblica amministrazione, appena il 24% considera i medici e la difesa dell'autonomia che li caratterizza un reale fattore frenante e addirittura il 12-13% considera ostacolante la mancanza di leadership del management e la componente amministrativa.

Figura 3. Inchiesta Università Cattolica 2002: Ragioni della mancata attuazione dei D

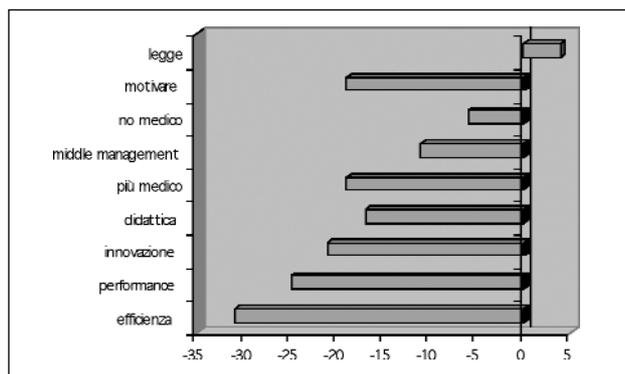


Secondo gli Autori della survey il non emergere con chiarezza dei reali fattori ostativi è di per sé esplicativo di una carenza di consapevolezza e manageriale che determina il primo ostacolo reale al processo.

Non possono d'altra parte non essere in causa le posizioni organizzative degli estensori nella definizione dell'importanza di fattori favorenti/inibenti, così diversa da quella degli opinion leader e della diffusa percezione degli operatori, come evidente nell'indagine ANAAO. Lo *spectrum bias*, infatti, è qui determinato dall'appartenenza del campione alla Direzione Strategica e in modo massiccio alle Direzioni Sanitarie ed Amministrative, per cui i dati tendono a deviare sottostimando i fattori negativi provenienti dalla Direzione e dall'apparato. Ciò è vero anche per la valutazione dei risultati ottenuti in rapporto a quelli attesi.

I risultati ottenuti dalla dipartimentalizzazione non soddisfano a pieno le aspettative dei vertici aziendali, e proprio rispetto ai principali obiettivi di efficienza (-31%) e di performance clinica (-25%). Supera le attese solo il rispetto delle norme di legge (+4%).

Figura 4. Inchiesta Università Cattolica 2002: Risultati ottenuti vs attesi. Elaborata da 6



Gli Autori sottolineano da un lato lo stato embrionale del processo che non consente valutazioni definitive e dall'altro il bias introdotto dalla posizione dei risponditori rispetto all'inesco del processo. Una diversa espressione dei risultati, infatti, mostra buoni risultati nella formazione di una sorta di middle management medico e, seppur inferiori alle attese, nel recupero di efficienza e miglioramento dell'efficacia, più evidente nella struttura tra i 120 e i 300pl. 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 staff.

Lo stato dell'arte così descritto fornisce secondo gli Autori 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 contingenti, 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.

Il Dipartimento Ospedaliero: potenzialità e criticità

L'insieme delle disposizioni normative e dei modelli immaginati da un lato e delle valutazioni di esperti e di aziende dall'altro consentono di delineare un quadro, seppur in movimento, delle potenzialità e delle criticità dell'organizzazione dipartimentale. Il D potrebbe rappresentare "la risposta adatta alle esigenze di integrazione e coordinamento, flessibilità e snellimento organizzativo, razionalizzazione dei costi di struttura e gestione, recupero della centralità del paziente e preservazione di un grado minimo di differenziazione/specializzazione indispensabile per la continuità del processo scientifico, oggi presenti nelle strutture ospedaliere"⁷⁷. L'integrazione attesa è fisica, organizzativa, clinica e culturale per portare a risultati di efficienza ed efficacia e di ricerca ed innovazione. Il cambiamento dipartimentale si inserisce come elemento costitutivo dell'aziendalizzazione, vuoi per la stretta connessione con il processo di budgeting, vuoi per la collegata necessità di rivedere la strutturazione generale dell'azienda con la periferizzazione delle attività in staff e il decentramento delle responsabilità. Taluni pensano che il ruolo del D sia stato sovrastimato, sia per limiti intrinseci del modello, sia per le realizzazioni che puntano più sull'integrazione fisica ed organizzativa che su quella clinica e culturale.

Tuttavia, secondo l'interpretazione della *clinical governance*, la dimensione dipartimentale è il principale momento di sintesi fra pratica professionale e gestione delle risorse nello sviluppo della politica di Governo Clinico, e di conseguenza il CD diviene figura centrale nella funzione di gestione degli aspetti della clinica e delle risorse economiche. Il D è la struttura di riferimento, con il ruolo di garante, del corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del Governo Clinico, sviluppando una pratica medica orientata, alla medicina basata sulle evidenze, all'audit clinico, alla gestione e comunicazione dei rischi, alle linee guida, all'accreditamento. Rappresenta l'interfaccia tra *corporate governance* (governo generale dell'azienda) e governo clinico, praticato, nell'ambito degli indirizzi definiti dal D, dai dirigenti delle unità operative complesse e semplici negli ambiti di responsabilità ed autonomia propri. Il

D garantisce qualità nei percorsi diagnostici e terapeutici con linee guida condivise, integra operativamente le professionalità che concorrono allo sviluppo del processo di cura perseguendo gli obiettivi negoziati. Ha responsabilità in ordine alla progettazione e messa a regime di attività che, pur salvaguardando autonomia e competenza, deve sviluppare con team professionali.

Nell'ambito della *clinical governance*, le linee guida sono uno dei principali supporti alla politica della qualità insieme all'accreditamento e agli accordi contrattuali. La diffusione delle linee guida e dei relativi percorsi diagnostico-terapeutici, il supporto alla loro adozione sistematica da parte dei servizi e la valutazione del loro impatto economico, organizzativo ed assistenziale è svolto nell'ambito del D e si traduce nella adozione delle linee guida e loro traduzione nei relativi percorsi diagnostico e terapeutici curando la loro compatibilità con gli assetti organizzativi e le risorse disponibili localmente e definendo le priorità in relazione alla necessità complessiva¹⁶.

Le inchieste sul campo mostrano che gli obiettivi sono solo parzialmente raggiunti, soprattutto per i livelli attesi e da chi se li attende. Gli elementi favorevoli e resistenti sono diversamente valutati da opinion leader e da responsabili aziendali e tuttavia alcune criticità emergono.

Innanzitutto, il rapporto fiduciario tra DG e CD, che parrebbe emergere dall'elevata percentuale di designazione autocratica (anormalmente bassa nel Centro per effetto del modello emiliano), è in realtà meno intenso se misurato indirettamente attraverso la valutazione del decentramento dei poteri decisionali e delle funzioni di staff, del ruolo nel processo di budgeting, dell'ampiezza degli obiettivi assegnati e al grado di condivisione degli obiettivi viceversa assegnati alle UO. Si aggiunga che il ruolo del CdD, come più volte notato, non è coerente con l'impostazione strutturale data alla maggior parte dei D e rappresenta un obiettivo limite all'attività del CD, soprattutto se dotato di poteri deliberativi. D'altra parte il mix struttura verticale/modello partecipativo non solo è predominante nella realtà ma è anche il modo di coinvolgere attivamente tutte le forze in campo, condizione indispensabile per la riuscita. Ciò focalizza sul CD gran parte del peso della riuscita. Secondo Thorne¹¹, le 5 variabili critiche del CD sono: *stress* per un lavoro part time e per le criticità con i colleghi; *identity* un medico con capacità manageriali per interfacciarsi sia con i clinici che gli amministratori; *leadership* piuttosto che management; *control* punto critico e di frizione; *ambiguity* per il doppio ruolo clinico e manageriale.

Tuttavia le resistenze inerziali, storiche e culturali della vecchia guardia e degli amministrativi rappresentano nei fatti una criticità almeno altrettanto potente. La diversa percezione dell'impatto negativo del tradizionale ruolo primario tra la letteratura degli anni 90¹⁷ e le survey degli anni 2000 potrebbe peraltro fotografare un effettivo mutamento culturale

legato alla formazione specifica e al rinnovo anagrafico. D'altra parte una profonda diversità nello stimare l'atteggiamento degli amministratori ed amministrativi tra gli stessi e i medici con responsabilità gestionale non è nuova ma ha trovato recente conferma in una survey inglese del 2002¹⁸ pubblicata nel 2003 in cui i direttori di dipartimento si sono mostrati meno persuasi del management e più insoddisfatti del proprio ruolo, rispetto a direttori generali, direttori sanitari e manager non medici di D.

Il superamento delle resistenze avviene solo per un forte convincimento del management rispetto al ripensamento organizzativo, una forte unità d'azione tra DG e CD con conseguente forte commitment, e la perseveranza nel perseguire obiettivi che hanno bisogno di tempo, supportata adeguatamente da una formazione specifica e uno specifico sistema premiante. "La presenza di un management aziendale orientato al cambiamento ed all'innovazione, di una cultura organizzativa ricettiva, di sistemi manageriali sufficientemente maturi e consolidati rappresentano forse la miglior garanzia di successo per il ripensamento dei meccanismi di funzionamento aziendali in una logica dipartimentale"¹⁶. La costanza in un processo evolutivo, che ormai si pensa ineluttabile anche se opportunamente costruito con un approccio contingente, è garanzia di successo organizzativo, come dimostrato dalla rapida crescita di un *middle management* di matrice tipicamente professionale e del tutto indispensabile allo sviluppo aziendale.

Si diffonde la consapevolezza che la strada deve essere percorsa fino in fondo. "I dipartimenti che rimangono, anche in parte, sulla carta non pagano"¹⁶.

Tabella VIII. Concordanza % dei giudizi dei direttori generali (DG), direttori sanitari (DS), manager non-medici di dipartimento (Mnm), e direttori di dipartimento (CD) su alcune affermazioni relative alla percezione del rispettivo potere e della qualità degli staff. Modificata da 18

Affermazioni	DG	DS	Mnm	CD	Tutti
Manager lasciano autonomia ai medici	97	95	95	73	86
Influenza medici su gestione	92	77	87	48	70
Congruo spessore qualitativo del management	81	70	78	53	67
Congruo spessore qualitativo dello staff medico	92	91	85	90	88
Idonea esperienza clinica dei manager	84	76	83	47	68
Fiducia dei medici nella leadership manageriale	87	63	55	42	54

Bibliografia

1. Guzzanti E, Mastrilli F, Mastrobuono I, Mazzeo MC. Aree funzionali omogenee e dipartimenti. *Federazione Medica* 1994; 11:4-8.
2. Primicerio A. L'organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie nell'ottica della razionalizzazione del SSN e della contrattualizzazione del rapporto di impiego della dirigenza sanitaria. *Diritto Sanitario Moderno* 2000;49:149-
3. Pellissero G, Antenucci V. Il dipartimento ospedaliero. *Ragiusan* 1999;9:147-8
4. Casella R. La figura del dipartimento nell'evoluzione organizzativa dell'amministrazione centrale dello Stato. *Rivista trimestrale di diritto pubblico* 1985;3:111
5. Zanetti M et al. Il medico e il management. Genova: Accademia Nazionale di Medicina; 1996. pagg 75-125
6. Baraldi S. L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie. Genova: Accademia Nazionale di Medicina.; 2003
7. 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
8. Lega F. Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero. *Mecosan* 1999;30:9-24
9. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Proposta di linee guida per l'applicazione del modello dipartimentale nelle strutture ospedaliere. Roma; 1996.
10. Anessi Pessina E, Cantù E. *L'aziendalizzazione nella sanità in Italia. Rapporto OASI 2001*. Milano: Egea;2001
11. Thorne ML. Being a clinical director: first among equals or just a go-between. *Health Services Management Research* 1997;10:205-15
12. Cicchetti A, Lomi A. Strutturazione organizzativa e performance nel settore ospedaliero. *Sviluppo & Organizzazione* 2000;180:33-49
13. Willcocks S. The development of clinical management at an NHS Trust hospital. A case study example. *J Man Med* 1998;12:168-77
14. Montante G. Dipartimenti Gestionali e Collegio di Direzione. I "Governo Clinico, Dipartimenti Gestionali, Collegio di Direzione: speranza o realtà?" ANAAO-ASSOMED, Roma 18 aprile 2001
15. Senato della Repubblica, Commissione Parlamentare di Inchiesta sul Sistema Sanitario: Il funzionamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con particolare riferimento allo stato del processo di aziendalizzazione. Roma aprile 2001
16. Trenti T. Il Governo clinico nelle aziende sanitarie. *Iniziativa Ospedaliera* 2001;1:1-19
17. Bondonio D, Cestari R. Analisi e prospettive del Dipartimento Ospedaliero. *NAM* 1995;11:270-77
18. Davies HTO, Hodges CL, Rundall TG. Views of doctors and managers on the doctor-manager relationship in the NHS. *BMJ* 2003; 326: 626-8