

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale dell'Università Bocconi

Rapporto OASI 2005**L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulla funzionalità delle Aziende Sanitarie Italiane), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in atto nel sistema sanitario italiano secondo un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo comune dove mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

Ogni anno, l'attività di ricerca di OASI viene raccolta in un Rapporto Annuale. Il Rapporto 2005:

- presenta l'assetto complessivo del SSN e i principali dati che lo caratterizzano;
- a livello regionale analizza gli strumenti e i contenuti dei Piani Sanitari Regionali; le indicazioni in merito all'assetto organizzativo delle aziende; i bilanci consolidati dei SSR; le scelte di governo della medicina generale;
- a livello aziendale indaga le nuove tipologie di aziende scaturite dai recenti processi di riassetto istituzionale; approfondisce il ruolo dei dipartimenti, delle farmacie ospedaliere e del controllo di gestione; analizza le scelte aziendali in tema di accreditamento e certificazione della qualità, di programmazione e controllo per le cure primarie, di contabilità analitica, di introduzione dei sistemi ERP, di ricorso al leasing e al lavoro interinale degli infermieri. Analizza infine due temi ispirati alla rilettura dell'organizzazione per processi: da un lato l'interpretazione del concetto di «governo clinico» e gli strumenti in cui viene declinato, dall'altro la riorganizzazione dei servizi di supporto non sanitari.

Eugenio Anessi Pessina si è laureato in Economia aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito un Master of Arts e un Ph.D. in Managerial Science and Applied Economics presso la Wharton School dell'Università di Pennsylvania. Attualmente è professore straordinario di Economia aziendale presso l'Università Cattolica (sede di Roma) e senior fellow della Wharton School. È responsabile scientifico di OASI.

Elena Cantù si è laureata in Economia Aziendale presso l'Università Bocconi. Ha successivamente conseguito il Dottorato di ricerca in Economia delle aziende e delle amministrazioni pubbliche presso l'Università degli Studi di Parma. Attualmente è ricercatore a contratto al CERGAS Bocconi e svolge attività di docenza presso la SDA. È coordinatrice di OASI.

ISBN 88-238-5057-6



9 788823 850576

€ 42,00

www.egeaonline.it

Rapporto OASI 2005

Anessi Pessina • Cantù

**Rapporto OASI 2005****L'aziendalizzazione della sanità in Italia**

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

CERGAS CENTRO DI RICERCHE
SULLA GESTIONE
DELL'ASSISTENZA SANITARIA E SOCIALE
DELL'UNIVERSITÀ BOCCONI

Egea

11 Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di «ruoli di integrazione» in tre casi aziendali

*di Americo Cicchetti, Daniela Matarrese e Fabrizio Vicentini**

11.1 Introduzione

Il modello organizzativo dipartimentale dopo una lunga gestazione sembra sempre più affermarsi nell'ambito del SSN.

Alcuni studi a livello nazionale hanno mostrato la diffusione dell'implementazione formale del modello. Lo studio del Cergas-Bocconi (Bergamaschi e Cantù, 2000) su un campione di 75 aziende sanitarie pubbliche stimava la diffusione del modello nell'89 per cento del campione. Lo studio del 2003 dell'Università Cattolica del Sacro Cuore stimava una diffusione del modello pari a circa il 78 per cento delle aziende sanitarie (Anessi Pessina, Baraldi, Cicchetti, Cifalinò e Memmola, 2003). Quest'ultima indagine, svolta su un campione di 180 aziende, ha inoltre messo in evidenza differenze sostanziali nei processi di implementazione del modello (cambiamenti «radicali» vs evoluzioni «incrementali»), nei modelli organizzativi prescelti (strutturali vs funzionali) e nel funzionamento.

L'affermazione del modello dipartimentale, sotto il profilo formale, sembra-

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di indagine i parr. 11.1 e 11.7 sono da attribuirsi ad Americo Cicchetti, i parr. 11.2, 11.3, 11.4.1, 11.4.2, 11.5.1, 11.5.2, 11.6.1, 11.6.2 a Fabrizio Vicentini, i parr. 11.4.3, 11.5.3, 11.6.3 a Daniela Matarrese. Gli autori ringraziano per la collaborazione la Direzione sanitaria e il Controllo di gestione del Policlinico universitario «A. Gemelli» e in particolare il Direttore Sanitario professor Cesare Catananti e il dirigente amministrativo dottor Giorgio Lehner. Un sentito ringraziamento va inoltre al dottor Tommaso Langiano, Direttore Sanitario dell'IRCCS «Bambino Gesù» e al dottor Massimo Spina, direttore amministrativo dello stesso. Gli autori sono debitori ai Direttori di dipartimento, ai responsabili amministrativi di dipartimento e ai responsabili di unità organizzativa complessa e semplice che hanno contribuito alla realizzazione dello studio attraverso la loro disponibilità a essere intervistati o solo «osservati» nella fase etnografica dello studio. Il ringraziamento va, inoltre, alla dottoressa D. Pisaturo, al dottor G. Marinuzzi e al dottor M. Volpe per il supporto fornito durante lo studio. Si ringraziano per la proficua collaborazione il Direttore Sanitario dell'AOU Careggi, dottor Fausto Mariotti e il direttore di Presidio, dottor Fabrizio Niccolini. Un sentito ringraziamento è indirizzato al direttore generale dell'AOU Careggi, dottor Andrea Des Dorides, che con entusiasmo sostiene il processo di dipartimentalizzazione.

rebbe riconducibile anche all'adozione delle linee guida per l'atto aziendale da parte di quasi tutte le Regioni (cfr. cap. 2) e al contemporaneo utilizzo, da parte di alcune, di più specifiche linee guida per l'implementazione dei dipartimenti (cfr. cap. 6).

La sensazione diffusa, confermata dagli studi citati sopra e che saranno presentati con maggiore dettaglio più avanti, è che il modello dipartimentale sia però ancora lontano dall'essere adottato anche in modo sostanziale nell'ambito del SSN. Tale scelta prevedrebbe, infatti, una chiara devoluzione di poteri e competenze dal centro alla «periferia» e l'adozione a livello dipartimentale di strumenti di «governo clinico» (*medical audit*, protocolli ecc.) che rappresentano effettivamente il cuore del modello.

La scelta del legislatore italiano di adottare un modello organizzativo dipartimentale si fondava proprio sull'esigenza di conciliare gli obiettivi di specializzazione delle attività cliniche con quelli di un maggiore coordinamento dei processi assistenziali, al fine di garantire un approccio integrato al processo di cura del paziente che tenesse effettivamente conto dei diversi contributi e sistemi di competenze dei professionisti che operano nelle organizzazioni sanitarie. Anche se nel tempo è cresciuta l'enfasi sugli impatti economici dell'adozione del modello dipartimentale, le motivazioni fondanti il processo di cambiamento sembrano risiedere proprio nell'esigenza di dotare le strutture del SSN di uno strumento organizzativo in grado di facilitare il coordinamento dell'assistenza e, di conseguenza, migliorare i risultati della pratica clinica nonché la qualità percepita dai pazienti (Cicchetti, 2004).

La volontà espressa dal Ministero della Salute e condivisa dalle Regioni di giungere all'implementazione di un modello di «governo clinico» attraverso il rilancio del ruolo dei dipartimenti testimonia il rinnovato interesse che l'SSN dedica a questo tema.

Il rilancio del dipartimento come strumento a supporto del governo clinico impone, però, il mutamento delle logiche di progettazione e strutturazione interna dei processi assistenziali e induce cambiamenti significativi nelle modalità e nei criteri di gestione delle organizzazioni sanitarie nel loro complesso. In particolare, l'elevata autonomia gestionale attribuita alle nuove strutture organizzative, insieme all'assunzione diretta da parte delle stesse di responsabilità di carattere organizzativo, economico e strategico, dovrebbe condurre all'adozione di tutti quegli strumenti in grado di supportare il governo clinico: dall'elaborazione di protocolli diagnostico terapeutici all'adozione di pratiche di *peer review*, alla creazione di nuove posizioni organizzative tese a garantire un'efficace ed effettiva realizzazione delle logiche manageriali che accompagnano la transizione verso il nuovo modello organizzativo.

Le indagini ad ampio spettro, come quelle prima presentate, non sembrano sufficienti a tracciare queste evoluzioni. Appare indispensabile osservare in profondità le diverse realtà organizzative per coglierne modalità di funzionamento, meccanismi di gestione, strumenti di supporto.

In questo capitolo si intende analizzare tre diversi casi di dipartimentalizzazione considerati rilevanti per la significatività delle strutture a cui si riferiscono e perché indicativi di tre possibili modalità alternative di governare l'integrazione tra dimensione economica e dimensione clinica, che appare alla base sia dei principi del governo clinico, sia dell'implementazione del modello dipartimentale.

L'attenzione, in particolare, è posta sulle nuove posizioni organizzative che stanno emergendo quali «ruoli di integrazione» e di supporto alle attività dipartimentali. Lo scopo dell'analisi è proprio quello di contribuire a colmare una lacuna conoscitiva sulle posizioni, sui ruoli e sui modelli di professionalità di tali figure che nei contesti analizzati, particolarmente complessi e notoriamente «evoluti» sotto l'aspetto organizzativo-gestionale, rappresentano un elemento centrale nell'ossatura del modello.

11.2 Il background dell'indagine

11.2.1 Le caratteristiche salienti del modello e la sua diffusione nel SSN

La scelta del legislatore di indicare il dipartimento come modello organizzativo di riferimento risponde alla forte esigenza di crescita e diffusione dello stock di conoscenze e competenze, già sottolineata da più parti (Kirkman-Liff, Schneller, 1992; Hickie, 1994; Anessi Pessina, Cantù, 2004) e alla necessità di conseguire economie di scala e di gestione attraverso una condivisione e un controllo diretto delle risorse (Dunnion, Dunne, 2004; Ruffner, 1986). Nel contempo tale modello è stato visto come la palestra ideale per la promozione di strumenti di valutazione dei risultati ottenuti in termini di *outcome* come *medical audit* e/o *peer review* (Guzzanti e Longhi, 1984). Il dipartimento è certamente considerato come il luogo organizzativo ideale per la condivisione e l'adozione di protocolli diagnostico terapeutici, strumento ideale per «codificare» la conoscenza di diversi professionisti che cooperano in maniera sinergica alla risoluzione di un problema di salute (Kirkman-Liff e Schneller, 1992; Hickie, 1994; Anessi Pessina e Cantù, 2004; Cicchetti, 2004).

Il direttore di dipartimento, figura emergente da questo nuovo assetto, è chiamato ad assumere un ruolo manageriale (art. 17-*bis* del D.lgs. 229/1999). Una vasta parte della letteratura, che ha analizzato i rapporti fra manager ed *health professional* (McCutcheon, 1998; Spurgeon, 2001; Forbes *et al.*, 2004), ha sottolineato come tali gruppi siano espressione di interessi, culture e valori profondamente diversi, che danno vita a problemi di scarso coordinamento e conflitto d'interesse difficilmente superabili. Tali significative differenze, di matrice culturale, rendono di fatto quello del direttore di dipartimento un ruolo estremamente complesso, cui viene richiesto di conciliare, nello svolgimento delle proprie funzioni, esigenze di natura clinica con obiettivi di tipo economico.

Al fine di superare tale problema nel NHS inglese, per esempio, si è puntato a

un rafforzamento delle caratteristiche manageriali della posizione di direttore di dipartimento, attraverso una serie di programmi di training mirati a favorire lo sviluppo di competenze di natura gestionale già nei primi stadi della formazione professionale degli *health professional* (BAMM, 2004; European Observatory on Health Care Systems, 1999; Junior Doctors Committee, 2001). In Italia, sebbene l'art. 16 quinquies del D.lgs. 229/1999 prevedesse per tutti i responsabili di struttura complessa, e perciò anche per i direttori di dipartimento, una qualificazione manageriale da ottenere entro un anno dall'assunzione dell'incarico, il ruolo manageriale del direttore di dipartimento non sembra a oggi essere ancora pienamente sviluppato (Cicchetti, 2004).

Al fine di supportare tale transizione verso il nuovo modello organizzativo, in alcune strutture ospedaliere il top management aziendale ha previsto nuove posizioni organizzative in staff alla direzione dipartimentale, coerenti con la nuova filosofia gestionale. Tali posizioni sarebbero in grado di garantire una forte integrazione tra i dipartimenti e tra questi e le unità direzionali (vertice strategico, tecnico-struttura e staff di supporto) nell'attività di programmazione e controllo. Allo stesso tempo la presenza di un *business manager* sembrerebbe una plausibile chiave di volta per realizzare il coordinamento delle attività assistenziali intradipartimentali di tipo infermieristico e di supporto tecnico.

11.3 I meccanismi di coordinamento dell'assistenza

Le recenti indagini empiriche sulla diffusione del modello dipartimentale in Italia (Riquadro 11.1) mostrano come la realtà operativa sia ancora lontana dalla piena applicazione di tutte le condizioni organizzative che caratterizzano il modello. I dipartimenti, infatti, stentano ad assumersi piene responsabilità sia gestionali che cliniche. Le unità di staff più comunemente attivate attengono alla sfera clinico-organizzativa (come la gestione della formazione ECM e la gestione operativa del personale sanitario non medico a livello dipartimentale). Solo in casi sporadici si assiste a un effettivo decentramento di responsabilità economico-gestionali, come quelle di controllo e di gestione tecnica delle risorse. Si contano sulle dita di una mano i casi dove si è già entrati nella fase di una gestione integrata clinico-economica e di governo clinico.

Il conseguimento di questa integrazione, come già ampiamente discusso in letteratura, presuppone lo sviluppo di una condizione «culturale» orientata al governo clinico e la conseguente implementazione di strumenti operativi per il governo di tale integrazione. La letteratura e la pratica operativa mostrano, in maniera ormai non equivoca, che il dipartimento ospedaliero si può configurare come un vero e proprio «contenitore» organizzativo di meccanismi per il coordinamento delle attività cliniche e assistenziali. Il modello dipartimentale non può essere considerato pienamente attuato nel momento in cui è definito in senso formale il solo «contenitore», ovvero il mero accorpamento formale di unità operative.

Riquadro 11.1 La diffusione del modello dipartimentale in Italia

La recente evoluzione degli assetti organizzativi dipartimentali in Italia è stata registrata da diverse indagini campionarie, che hanno evidenziato un panorama eterogeneo e di difficile interpretazione. Nel 2000 il Cergas-Bocconi ha presentato i risultati di un'indagine svolta attraverso un questionario su una popolazione di 283 aziende (185 ASL con presidi ospedalieri e 98 AO). La *survey*, che ha avuto un tasso di risposta pari al 27 per cento (75 rispondenti) più o meno equamente distribuito tra AO (23 per cento) e ASL (28 per cento), ha messo in evidenza che il modello organizzativo dipartimentale sembrava presentare un grado di diffusione piuttosto ampio: l'89 per cento delle aziende del campione ha dichiarato di avere costituito almeno un dipartimento entro l'anno 1999. Di queste, il 46 per cento aveva costituito il primo dipartimento dal 1997 in poi. Il numero di aziende che avevano esteso il modello dipartimentale a tutte le unità operative amministrative e sanitarie era molto basso (29 per cento), ma aumentava fino al 63 per cento se si consideravano le realtà che avevano esteso il modello dipartimentale a tutte le unità operative sanitarie (escludendo quelle amministrative).

L'indagine 2001 condotta dall'Anaa-Assomed è stata anch'essa svolta attraverso un questionario inviato ai segretari aziendali Anaa delle aziende sanitarie pubbliche in cui l'associazione è presente (309 su 332) e ha avuto un tasso di ritorno del 55 per cento (171 rispondenti). Lo studio ha messo in evidenza che solo il 63,4 per cento delle aziende aveva in effetti attivato i dipartimenti; una verifica «incrociata» svolta nell'ambito dell'indagine mostra inoltre che, a fronte del 63,4 per cento dichiarato, solo nel 42,1 per cento delle aziende effettivamente i dipartimenti erano da considerarsi «formalmente» avviati.

L'indagine dell'Università Cattolica del Sacro Cuore del 2002, risultato della convergenza di tre diverse metodologie di ricerca (analisi della letteratura nazionale e internazionale, interviste pilota a *opinion leader* nazionali e internazionali, *survey* a livello nazionale delle aziende sanitarie private e pubbliche con un numero di posti letto superiore a 120), ha permesso di formulare diagnosi efficacemente segmentate su molteplici dimensioni (per esempio collocazione geografica e tipologia aziendale) sull'effettiva portata del processo di introduzione dei dipartimenti nella sanità nazionale e sull'ampiezza e profondità dei cambiamenti indotti. Secondo lo studio, il 77 per cento delle aziende sanitarie (37 per cento al Nord, 22 per cento al Centro, 18 per cento al Sud e Isole; 95 per cento delle AO, 81 per cento delle ASL, 21 per cento delle aziende private accreditate) aveva un assetto organizzativo comprendente uno o più dipartimenti ospedalieri assistenziali; il 45 per cento affermava che l'introduzione dei dipartimenti clinici aveva riguardato la totalità delle unità operative aziendali. Resta però il dubbio circa la natura di tale trasformazione. Secondo gli *opinion leader* intervistati nell'ambito dello studio, infatti, tale cambiamento sembrava essere solo «formale» e non sostanziale. La delibera di attivazione di dipartimenti spesso non è accompagnata da un cambiamento nelle logiche di governo e di funzionamento dei processi manageriali e assistenziali dell'azienda sanitaria (Cicchetti e Baraldi, 2001).

L'indagine 2004 dell'Anaa Assomed, presente nel 94,4 per cento delle 340 aziende sanitarie pubbliche, ha avuto un tasso di risposta pari al 76 per cento (244 risposte su 321 questionari inviati), percentuale che rende i risultati molto attendibili. Le risultanze indicano nel 40 per cento la percentuale nazionale delle aziende sanitarie che hanno «dipartimentalizzato in maniera apparentemente corretta» (soltanto in 5 Regioni tale percentuale supera il 50 per cento). Il 66,4 per cento del campione di aziende sanitarie che hanno risposto al questionario ha individuato e organizzato il dipartimento. Per area geografica le percentuali sono: 79,3 per cento al Nord, 62,3 per cento al Centro, 57,4 per cento al Sud, e 45,2 per cento nelle Isole. Nell'87 per cento dei casi i dipartimenti sono stati organizzati attenendosi al D.lgs. 229/1999 e all'atto di indirizzo regionale per l'adozione dell'atto aziendale. L'86 per cento delle aziende «in regola» ha inglobato ogni unità operativa in un dipartimento gestionale, ma appena il 44 per cento ha costituito tutti gli organismi che caratterizzano il dipartimento. Il confronto tra i diversi studi indica che poco o nulla è cambiato negli ultimi tre anni.

Il dipartimento, come modello organizzativo, emerge nel momento in cui il «contenitore» è riempito da tutti quegli strumenti che assicurano la gestione integrata e decentrata di funzioni gestionali e assistenziali che permettono l'erogazione di processi di assistenza qualitativamente accettabili e controllabili.

Nell'ambito ospedaliero, a livello dipartimentale, lì dove l'obiettivo è ricomporre e integrare il «lavoro clinico specializzato», la letteratura e la pratica manageriale hanno fornito strumenti utili per la selezione dei meccanismi di coordinamento organizzativo¹.

Il primo e più tradizionale meccanismo di coordinamento organizzativo è evidentemente l'autorità. I meccanismi basati sull'autorità, in generale, funzionano attraverso la supervisione diretta esercitata da qualcuno che «assume la responsabilità per il lavoro di altri, emanando istruzioni e controllandone le azioni» (Mintzberg, 1983, p. 5). L'autorità del supervisore (il direttore di dipartimento in questo caso) è assicurata nel momento in cui egli assume una leadership tale da indirizzare e controllare i processi clinici come quelli organizzativi all'interno del dipartimento stesso. È un meccanismo considerato «forte», ma la sua applicazione nel contesto ospedaliero risulta evidentemente limitata dalla necessità di rispettare le autonomie professionali che ispirano ampiamente i comportamenti e le scelte individuali dei clinici. Questo suggerisce e impone l'adozione di meccanismi ulteriori per il coordinamento delle attività. In questo senso il dipartimento, da contesto nel quale si esercita l'autorità, si trasforma in un «contenitore» di meccanismi di coordinamento non gerarchici e in uno strumento di governo congiunto e condiviso di tali meccanismi.

Tra questi, un ruolo importante è ricoperto dai meccanismi di «collegamento laterale», realizzabili attraverso il contatto diretto tra gli operatori (verbale, scritto, in forma elettronica ecc.) e il lavoro in gruppo (per esempio, riunioni di *audit* medico-clinico, *teamworking*). Il lavoro di gruppo si è dimostrato uno strumento efficace per lo sviluppo delle cosiddette «comunità di pratiche», che si sono a loro volta dimostrate particolarmente efficaci proprio nel settore ospedaliero e che rispettano il requisito indispensabile del riconoscimento dell'autonomia professionale (Shortell e Kaluzny, 2000).

Il coordinamento organizzativo e la corrispondente qualità dell'assistenza possono essere favoriti anche attraverso l'elaborazione dei cosiddetti «standard assistenziali» (Longest e Young, 2000). Con questa espressione è possibile raggruppare tutte le metodologie finalizzate all'elaborazione dei protocolli diagnostico terapeutici, che descrivono le modalità e i tempi di coinvolgimento delle diverse

¹ La letteratura e la pratica manageriale individuano una pluralità di meccanismi per il coordinamento organizzativo: il mercato, l'autorità, il rapporto di agenzia, il lavoro di gruppo, i collegamenti laterali, la fiducia ecc. sono considerati validi strumenti per integrare i flussi di lavoro e gli scambi economici. L'approccio «contingente» alla progettazione organizzativa suggerisce di selezionare il meccanismo di coordinamento alla luce delle esigenze specifiche di contesto (Mintzberg, 1983; Daft, 2004; Grandori, 1985).

figure assistenziali in un percorso del paziente all'interno della struttura (Lathorp, 1993; Panella, Moran e Di Stanislao, 1997; Casati, 1999; Lega, 2001). Il «protocollo» si è dimostrato uno strumento forte per il conseguimento degli obiettivi di integrazione delle specializzazioni ma, per la sua applicazione, implica una piena adesione ai principi della medicina basata sulle prove d'efficacia e il riconoscimento ampio della possibilità di ottenere vantaggi consistenti dalla standardizzazione delle cure.

11.3.1 I ruoli di integrazione nei dipartimenti

Tutti questi strumenti trovano nel contesto dipartimentale una possibile applicazione e, a fianco a essi, sempre più emerge l'esigenza di prevedere specifiche posizioni organizzative che, svolgendo anche funzioni specifiche (per esempio, l'amministrazione del dipartimento), assumono la connotazione di «ruoli di integrazione». I ruoli di integrazione o di collegamento «rispondono all'esigenza di facilitare la possibilità di comunicazione fra unità organizzative diverse» o tra individui, evitando il ricorso alla gerarchia (Galbraith, 1977).

Secondo alcuni, tra i ruoli di integrazione più diffusi nelle organizzazioni sanitarie ci sarebbe quello della (del) caposala (Vaccani, Dalponte e Ondoli, 1998), in quanto punto di sintesi tra le funzioni prescrittive del medico curante e quelle dei diversi servizi diagnostici, terapeutici e di supporto. Più recentemente si sono diffusi ulteriori e più specifici ruoli di integrazione, prevalentemente nell'attività infermieristica. Il *case manager* (Bower, 1998) o il *nurse coordinator* (Jacob e Rao, 1995) sono posizioni infermieristiche il cui scopo è quello di assicurare una più tempestiva gestione del flusso di lavoro attraverso l'assunzione di una responsabilità trasversale, tra diverse unità operative (cliniche e non), riferita a gruppi omogenei di pazienti.

Oltre a tali figure, adottabili anche in assenza di un assetto dipartimentale, nella realtà del SSN stanno emergendo dei ruoli di integrazione specificatamente associati con le strutture dipartimentali. I ruoli di integrazione nell'ambito degli ospedali possono essere riuniti in due diverse fattispecie: i ruoli gestionali e quelli di integrazione assistenziale.

Per quanto riguarda i ruoli gestionali è comune, a livello internazionale (per esempio, Regno Unito), la presenza nel dipartimento di un «direttore della gestione» o *business manager* (Anessi Pessina et al., 2001; Achard, 1999; Thorne, 1997) posto alle dirette dipendenze del direttore di dipartimento o in staff allo stesso. Questa integrazione di competenze tra dimensione clinico-organizzativa e dimensione economico-gestionale appare sempre più indispensabile nell'ottica della promozione dell'appropriatezza degli interventi, che combina il requisito dell'efficacia con quello dell'efficienza tecnica e allocativa. Anche nella prospettiva del «controllo» sembra auspicabile che la dimensione qualitativa della gestione (sia «tecnica» che percepita) sia integrata con la dimensione economica della

stessa per un controllo ispirato ad approcci bilanciati (Kaplan e Norton, 1992; Vignati e Bruno, 2002).

Nelle principali esperienze di dipartimentalizzazione, la funzione di governo amministrativo dei dipartimenti è configurata secondo due modelli: il modello «complesso», in cui la funzione è affidata a un'unità organizzativa composta da un responsabile e diversi operatori di staff, e il modello «leggero», in cui tutte le competenze confluiscono su un'unica figura adeguatamente formata. Le due soluzioni sono evidentemente correlabili con altrettanti modelli dipartimentali caratterizzati da una diversa devoluzione di competenze dalle funzioni amministrative centrali a quelle periferiche. Nei casi da noi analizzati entrambi i modelli risultano rappresentati.

Sempre nell'ambito delle funzioni di integrazione di natura «gestionale» sembrerebbe rientrare la figura del coordinatore per i servizi infermieristici nell'ambito del dipartimento. Questa posizione organizzativa assume una connotazione particolare, in quanto chiamata a ricoprire funzioni di coordinamento e di «rappresentanza» del personale infermieristico nell'ambito degli organi dipartimentali. Tra le funzioni generalmente assegnate a tale figura, le cui caratteristiche appaiono coerenti con quanto previsto dalla legge 251/2000², vi sono dirette responsabilità nell'organizzazione del lavoro del personale infermieristico e tecnico nell'ambito del dipartimento, nella verifica del fabbisogno di assistenza e nella valutazione del lavoro del personale stesso. A fianco di queste responsabilità emergono ambiti di collaborazione per la stesura di protocolli e linee guida operative del dipartimento e per l'avvio di iniziative di aggiornamento del personale e ruoli di collegamento con le altre funzioni dipartimentali (per esempio, quella amministrativa).

Questa posizione organizzativa, che comincia a emergere e ad affermarsi da più parti, potrebbe essere chiamata a svolgere una funzione di collegamento e coordinamento con quei ruoli di integrazione assistenziale, il *case manager* o il *nurse coordinator*, precedentemente introdotti.

Relativamente ai ruoli di integrazione assistenziale, nel panorama dell'organizzazione sanitaria moderna è recente l'affermazione di una figura medica di «integrazione» conosciuta con l'espressione anglosassone *hospitalist*.

Il termine *hospitalist* viene utilizzato per la prima volta nel 1996 da Wachter e Goldman e si riferisce a una «nuova specializzazione» della medicina, le cui novità riguardano il *focus*, il *modus operandi*, il luogo di lavoro, le responsabilità e il profilo delle competenze. Il NAIP³ (National Association of Inpatient Physicians) definisce gli *hospitalist* come «physicians whose primary professional focus is the general medical care of hospitalized patients. Their activities include patient care, teaching, research and leadership related to hospital care».

² Legge 10 agosto 2000, n. 251, Gazzetta Ufficiale 6 settembre 2000, n. 208: «Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica».

³ NAIP 2003 (www.hospitalmedicine.org).

«The hospitalist movement» rappresenta il nuovo paradigma delle cure ospedaliere negli USA e la sua evoluzione, in crescita esponenziale, viene suffragata e spinta da una varietà di pressioni di natura sia finanziaria che clinica (Watcher 2004). L'*hospitalist* è un medico specialista (in genere internista) che spende la maggior parte del proprio tempo in ospedale, svolgendo un ruolo non specialistico ma di integrazione, tipo *case manager*. L'*hospitalist* stabilisce e supervisiona il piano di cure che il paziente dovrà seguire, integrando tutte le funzioni specialistiche svolte dai colleghi. È di fatto il «lubrificatore» dei processi assistenziali e l'interlocutore unico dei vari medici e operatori che entrano a far parte del processo assistenziale. L'*hospitalist*, inoltre, assume il ruolo di interlocutore unico sia per il medico di famiglia (favorendo così la tanto auspicata integrazione tra ospedale e territorio in nome di quella «continuità» assistenziale su cui anche il nostro SSN sta puntando molto per il futuro), sia per i pazienti e i loro familiari (alla ricerca di una maggior umanizzazione del servizio).

11.4 Tre casi a confronto: obiettivi e metodo di lavoro

Questo studio analizza l'organizzazione interna dei dipartimenti ospedalieri appartenenti a tre organizzazioni sanitarie di particolare complessità e appartenenti a tre diverse tipologie istituzionali: un policlinico universitario a gestione diretta, il Policlinico «A. Gemelli» dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma; un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, il «Bambino Gesù» di Roma; e l'Azienda ospedaliera universitaria Careggi di Firenze (Tab. 11.1).

Queste strutture sono ampiamente conosciute per la loro eccellenza clinica in molti ambiti ma, allo stesso tempo, sono generalmente apprezzate per lo stato raggiunto nell'evoluzione dei modelli organizzativi e gestionali. Pur dotate di diversa natura giuridica (privata per quanto riguarda il «Bambino Gesù» e il «Gemelli») rientrano pienamente nel Servizio Sanitario delle Regioni di appartenenza e fin dal 1992 hanno mostrato grande impegno nello sviluppo di processi di cambiamento organizzativo che le rendesse idonee a mantenere eccellenza clinica ed equilibri economici nel mutato contesto del SSN. La presenza di tali caratteristiche rende l'indagine di particolare interesse e, di conseguenza, rappresentativa anche oltre il contesto specifico di riferimento.

In questo studio è stato applicato il «metodo dei casi», diffuso nella ricerca in campo organizzativo e gestionale e che appare particolarmente adatto in quei contesti in cui la verifica dei fenomeni è particolarmente legata alle condizioni organizzative di contesto. La metodologia del «caso» si fonda sull'analisi di una molteplicità di «situazioni» organizzative significative, opportunamente descritte, analizzate a diversi stadi della concatenazione causale degli eventi critici (Yin, 1993). Tale metodo permette di «imparare delle lezioni» da fenomeni descritti in modo sistematico e comparati tra loro nell'ambito del contesto

Tabella 11.1 I tre ospedali a confronto

	Policlinico «A. Gemelli»	Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»	AO Careggi Firenze
Natura giuridica	Privata	Privata	Pubblica
Tipologia istituzionale nel SSN	Policlinico a gestione diretta	IRCCS	Azienda ospedaliera universitaria
Posti letto	1.708	800	1883
per acuti	1.451	594	1653
riabilitazione	82	21	8
day hospital	175	185	222
Numero Dipartimenti	13	13	14
Numeromedio posti letto/dipartimento	113	62	135
Medici	894 (di cui 684 universitari)	476	793 ospedalieri e 270 universitari
Infermieri	1969	946	2131
Dimessi ordinari	54.519	33.894	62.785
Accessi Day Hospital	118.269	92.566	84.816
Prestazioni ambulatoriali (per esterni e totali)	Esterni 1.682.285 (Totali 7.196.201)	Esterni 837.721	(Totali c.a. 10.700.000)
Peso medio DRG	1,07	0,93	1,39 (1,562 RO, 0,925 DH)
Degenza media	8,6	24,7	7,7
Indice di occupazione	94	85,7	82,2
Accessi di pronto soccorso	72.850	54.765	125.576

Fonte: Unità di controllo di gestione, anno 2004

organizzativo, nei processi decisionali degli operatori, nella concatenazione causale degli eventi critici.

Lo studio ha riportato tre diverse esperienze di applicazione del modello organizzativo dipartimentale in altrettanti ospedali italiani e l'approccio adottato ha natura «descrittiva» (Yin, 1993). L'analisi dei casi è stata svolta adottando una griglia fondata su tre livelli di osservazione. In primo luogo si sono poste a confronto le fondamentali caratteristiche istituzionali e organizzative delle tre strutture. Tale analisi fornisce gli elementi del contesto organizzativo di riferimento nell'ambito del quale è calata l'analisi dei modelli organizzativi dipartimentali. I modelli organizzativi dei dipartimenti rappresentano, a loro volta, il contesto specifico per l'osservazione e la valutazione della natura e delle caratteristiche delle posizioni organizzative di integrazione implementate dalle tre strutture e sulle quali si è focalizzata l'attenzione.

Le informazioni per la realizzazione dell'indagine provengono da un'appro-

fondita analisi di documenti aziendali ufficiali (atti aziendali e altri documenti aziendali) e dai siti internet delle strutture. Per il completamento dell'analisi, soprattutto per la parte relativa alla definizione del ruolo di coloro che ricoprono funzioni di integrazione, sono state svolte 5 interviste a rappresentanti del management delle aziende (direttori sanitari aziendali o di presidio, direttori amministrativi), 12 interviste a persone che attualmente ricoprono le posizioni organizzative di integrazione nei diversi dipartimenti e 6 interviste ad altrettanti direttori di dipartimento.

11.5 Le strutture

11.5.1 Il Policlinico universitario «A. Gemelli»

Il Policlinico Universitario Agostino Gemelli, inaugurato nel luglio del 1964, è il Policlinico della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore e prende il nome dal francescano Agostino Gemelli, medico, che fu, nel 1921, il fondatore dell'Università Cattolica. Come ogni Policlinico Universitario, il Gemelli svolge funzioni complesse che non si limitano alle attività di tipo ospedaliero, ma comprendono anche la ricerca scientifica, l'insegnamento delle discipline mediche e infermieristiche, la formazione permanente del personale sanitario. È collocato sulle pendici di Monte Mario, su un terreno di trentasette ettari donato nel 1934 da Papa Pio XI all'Istituto Giuseppe Toniolo di Studi Superiori (Ente fondatore e garante dell'Università Cattolica del Sacro Cuore).

È inserito nel Servizio Sanitario come ospedale di rilievo nazionale di alta specializzazione e opera per l'assolvimento dei compiti della didattica, della ricerca scientifica e dell'assistenza ai malati. La sua struttura, a quarant'anni dall'apertura, conta oltre 1700 posti letto tra attività per acuti, day hospital e riabilitazione.

Integrati nella struttura del Policlinico sono oggi la Clinica Columbus (305 posti letto per acuti, a Roma), un *hospice* (sempre a Roma), un ospedale per acuti di 200 posti letto a Celano (AQ), una RSA sempre nella provincia dell'Aquila, il Centro di Alte Tecnologie Biomediche con 216 posti letto per acuti a Campobasso.

Il Policlinico negli ultimi 10 anni è stato soggetto a profonde revisioni strutturali e organizzative grazie a due programmi di *re-engineering* che hanno permesso di superare la sfida posta dal nuovo sistema di pagamento per prestazione. Nel giro di 8 anni i ricoveri ordinari sono passati da 28.000 a 54.000 e la degenza media da 14,3 a 8,6 gg. A partire dal 1999 la direzione del Gemelli ha definito un piano per l'adozione del modello dipartimentale.

11.5.2 L'Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»

L'Ospedale «Bambino Gesù» sorse come primo Ospedale pediatrico italiano nel 1869 (dodici letti in via delle Zoccolette) e fin da allora ha partecipato alla rete

delle attività assistenziali che storicamente si sono concretizzate nella realtà romana. A partire dal 1887 si trasferisce presso il convento di Sant'Onofrio al Gianicolo e, nel 1924, la Famiglia Salviati ne fa dono al Papa. Con l'ottenimento dapprima della qualifica di Ospedale Regionale Classificato e, successivamente, di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (1985), si afferma quale presidio polispecialistico per la pediatria, in costante crescita culturale e scientifica.

L'attività assistenziale è focalizzata su pazienti in età pediatrica e adolescenziale e comprende attività di pronto soccorso, di ricovero ordinario, di day hospital e di day surgery, di ambulatorio e di assistenza domiciliare. L'ospedale è strutturato su tre sedi: Roma, Palidoro e Santa Marinella.

In virtù degli stretti rapporti che legano l'ospedale al nostro Servizio Sanitario Nazionale, anche il «Bambino Gesù» è stato investito dai nuovi processi di aziendalizzazione e riorganizzazione in atto nella pubblica amministrazione a partire dai primi anni Novanta.

11.5.3 L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi (AOUC), che dispone di circa 1850 posti letto, costituisce uno dei più grandi complessi ospedalieri italiani e il principale della Regione Toscana.

La costruzione del complesso ospedaliero nel comune di Firenze ebbe inizio nel 1914 e i primi pazienti furono accolti nel 1924. Alla fine degli anni Trenta fu completata l'edificazione delle Cliniche Universitarie. Il Secondo Conflitto Mondiale mise a dura prova la struttura; negli anni successivi l'Amministrazione cittadina diede inizio ai lavori di ristrutturazione e all'ampliamento del complesso mediante l'acquisizione di edifici circostanti.

Sin dalle origini, l'Ospedale ha rappresentato un elemento centrale nella storia di Firenze, parte vitale del tessuto urbano, sanitario e sociale della Città.

In risposta ai profondi mutamenti in atto nel panorama sanitario nazionale, nel 1995 si assiste alla creazione dell'Azienda Ospedaliera Careggi, mediante lo scorporo del presidio ospedaliero principale e del Centro Traumatologico Ortopedico dall'USL, della quale facevano parte dal 1978.

Con Legge Regionale si istituisce l'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi, chiamata a svolgere in modo unitario e inscindibile funzioni di assistenza, didattica e ricerca, costituendo al tempo stesso elemento strutturale del Servizio Sanitario Nazionale, e in particolare del Servizio Sanitario della Regione Toscana, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento della tutela globale della salute, e del Sistema Universitario, nell'ambito del quale concorre al raggiungimento delle sue finalità didattiche e di ricerca. L'AOUC ha nel sistema sanitario regionale specifici compiti di sviluppo delle attività di alta specializzazione, quale riferimento di area vasta.

Per rispondere alla mission istituzionale, negli ultimi anni l'Azienda ha intrapreso un complesso e articolato percorso di trasformazione, caratterizzato sia da

un ampio processo di ristrutturazione edilizia, che ha già prodotto miglioramenti sostanziali dell'impianto architettonico, sia da radicali cambiamenti dell'assetto organizzativo, intrapresi con l'approvazione del vigente Atto Aziendale, a cui è seguita una serie di provvedimenti e azioni che hanno già reimpostato i macro-assetti aziendali e delineato la nuova organizzazione dipartimentale, precisandone il funzionamento.

In particolare, nell'ultimo anno, l'AOUC ha proceduto ad avviare la fase più direttamente incidente sui processi organizzativi e funzionali dei Dipartimenti e di tutta la struttura direzionale mediante la strutturazione di uno specifico progetto che, con il supporto di qualificati professionisti esterni, interesserà tutti gli «attori» del Dipartimento e un numero considerevole di professionisti dell'Azienda. Tale progetto ha già preso avvio in alcuni dipartimenti «pilota» e porterà alla realizzazione compiuta del sistema-dipartimento attraverso la creazione di una cultura di rete, che è primariamente rete di conoscenza, e una piena condivisione culturale del progetto da parte degli attori del Dipartimento.

11.6 I modelli organizzativi

11.6.1 Il Policlinico universitario «A. Gemelli»

Il processo di dipartimentalizzazione al Policlinico A. Gemelli ha avuto come obiettivi quello dell'unificazione delle risorse e delle competenze in relazione al loro attuale (o addirittura passato) utilizzo e quello della ricerca di nuove modalità di condivisione delle conoscenze disponibili. Si è scelto di realizzare dipartimenti di natura puramente assistenziale, che quindi non integrano le funzioni di didattica e ricerca.

Il modello organizzativo adottato è di tipo «multidivisionale» con funzioni direzionali assolve dai tradizionali organi monocratici (direttore generale, direttore sanitario e dirigente amministrativo) e collegiali (Consiglio di Direzione⁴) e con unità dipartimentali per l'assistenza sanitaria. A livello direzionale il lavoro manageriale è supportato da una complessa struttura di *corporate* che coadiuva la direzione nell'individuazione, nell'applicazione e nel controllo di alcuni standard gestionali definiti per l'intera struttura, oltre i quali è stata identificata l'area di autonomia dei singoli dipartimenti.

⁴ Il Consiglio di Direzione, presieduto dal Rettore, è composto dal Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia, dal Direttore Amministrativo e Direttore del Policlinico, dal Direttore Sanitario, dal Dirigente Amministrativo, dal Rappresentante dei docenti della sede di Roma nel Consiglio di Amministrazione, da 3 Direttori di Dipartimento per l'assistenza sanitaria eletti dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia, da un professore di prima fascia eletto dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia, da 4 professori di ruolo di seconda fascia eletti dal Consiglio di Facoltà di Medicina e Chirurgia, dal rappresentante dei ricercatori universitari presenti nel Consiglio di Facoltà.

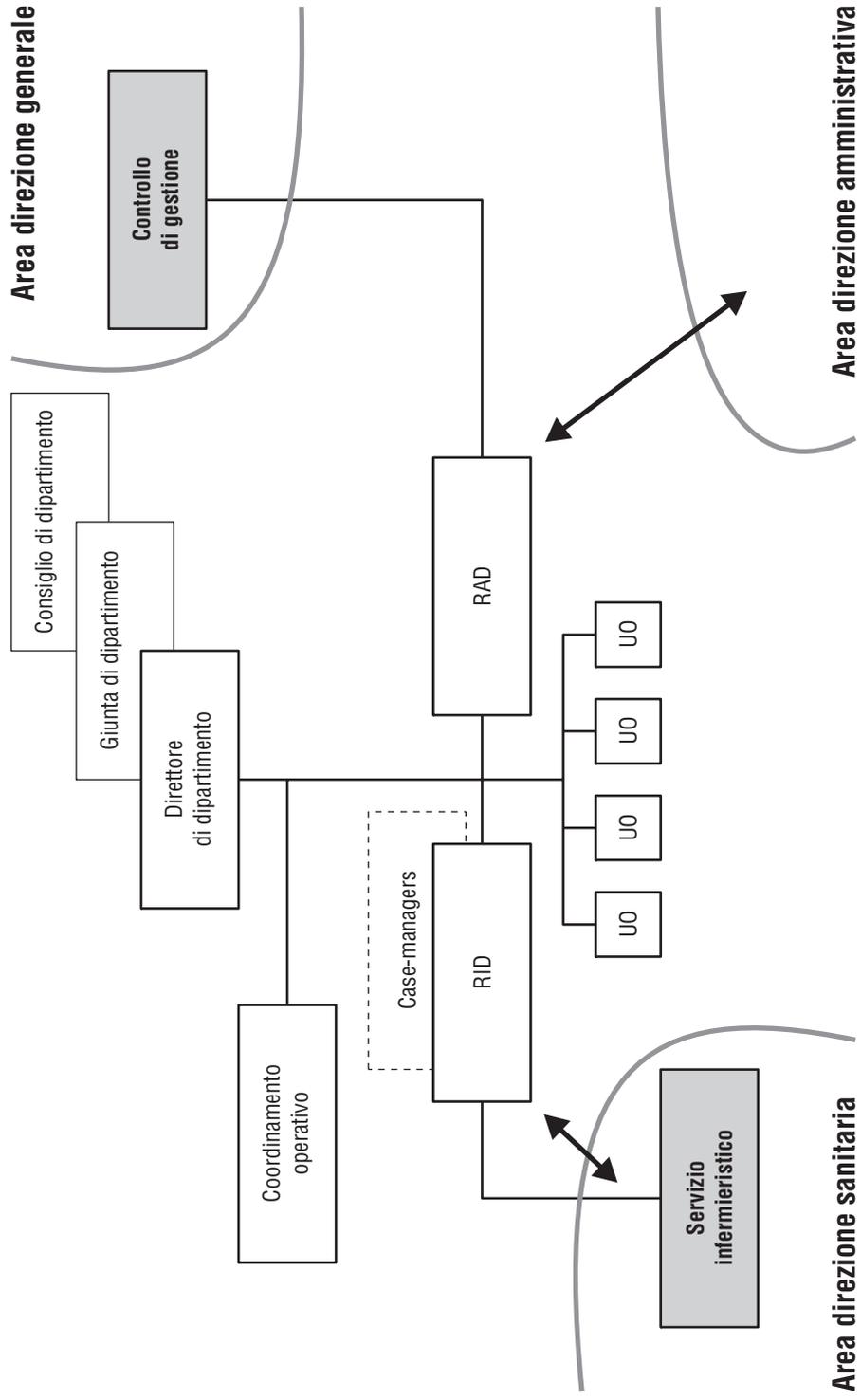
La Direzione Sanitaria, responsabile della direzione del sistema di governo clinico del Policlinico, avvalendosi per le parti di rispettiva competenza del direttore del Presidio Ospedaliero, del responsabile del Servizio Infermieristico e dei direttori dei dipartimenti assistenziali, svolge funzioni di coordinamento clinico e di supporto. La sua articolazione interna, infatti, prevede unitamente alle attività tipiche (organizzazione e gestione del personale infermieristico e tecnico, controllo delle infezioni nosocomiali, gestione delle problematiche medico legali, gestione delle relazioni con il pubblico, gestione della sicurezza aziendale) unità dedicate alla realizzazione di specifici processi: coordinamento inter-dipartimentale; gestione e valutazione della qualità, valutazione delle tecnologie sanitarie, epidemiologia clinica, valutazione dell'efficacia e dell'appropriatezza; risk management; gestione dei sistemi informativi sanitari, compresa l'analisi della qualità dei dati SDO e la loro valorizzazione.

Come per la Direzione Sanitaria, anche per la Direzione Amministrativa le attività e, di conseguenza, le competenze necessarie per svolgerle, appaiono sempre più articolate. Nell'ambito della Direzione Amministrativa infatti si realizzano molteplici processi: il governo contabile e amministrativo, la programmazione e il controllo di gestione; la gestione strategica delle risorse umane; la gestione del patrimonio (acquisto e gestione cespiti ammortizzabili) e delle infrastrutture, degli impianti e delle attrezzature (tra cui l'ingegneria clinica); la funzione di acquisto dei materiali e la gestione logistica degli stessi; la gestione dei sistemi informativi e informatici; la gestione della comunicazione e il marketing.

La dipartimentalizzazione al Policlinico «A. Gemelli» (Fig. 11.1) è intesa come uno strumento fondamentale per favorire l'assunzione di responsabilità, ai diversi livelli, rispetto a obiettivi di carattere sia economico-finanziario (fatturato/posto letto; rapporto costi/ricavi per DRG), sia clinico-organizzativo (degenza media; peso medio DRG). A questo scopo è stata prevista una piena disponibilità di leve gestionali che possono essere governate in modo più agevole ed efficace in presenza di una supervisione diretta (il c.d. dipartimento «forte»).

Il processo di dipartimentalizzazione è stato realizzato per fasi successive (implementazione incrementale). Nella prima fase, giunta a compimento nel 2001, sono stati attivati 6 dipartimenti: Malattie cardiovascolari; Scienze chirurgiche; Tutela della donna e della vita nascente; Scienze gerontologiche, geriatriche e fisiatriche; Emergenza e accettazione; Assistenza sanitaria, sicurezza, tecnologia in sanità e farmacoutilizzazione. Nel 2002 viene attivato il Dipartimento di Neuroscienze e quello di Scienze pediatriche. Nel 2003 sono attivati il Dipartimento di Medicina interna, scienze specialistiche e dermatologia, il Dipartimento di Medicina interna, scienze specialistiche e medicina del lavoro, il Dipartimento di Bioimmagini e scienze radiologiche. Il completamento del processo di dipartimentalizzazione giunge nel 2005 con l'attivazione del Dipartimento di Diagnostica morfologica, microbiologica, molecolare e delle malattie del sangue e del Dipartimento di Medicina di laboratorio.

Figura 11.1 Il modello dipartimentale del Policlinico universitario «A. Gemelli»



Tutti i 13 i dipartimenti sono costituiti intorno al medesimo regolamento e con un modello organizzativo comune che prevede tre organi: il Direttore, il Consiglio di dipartimento e la Giunta. Al Consiglio, che si configura come organo «assembleare», partecipano tutti i professori di prima e di seconda fascia e i ricercatori universitari con incarico assistenziale delle unità operative assistenziali raggruppate nel dipartimento, un rappresentante dei contrattisti medici con compiti assistenziali di ogni unità operativa assistenziale raggruppata nel dipartimento (eletto dagli stessi), un rappresentante degli specializzandi iscritti per ciascuna Scuola di specializzazione che utilizza le strutture raggruppate nel dipartimento.

Fanno parte della Giunta, che si configura come organo collegiale esecutivo, tutti i dirigenti medici responsabili delle strutture complesse del dipartimento e un rappresentante tra tutti i dirigenti medici non responsabili di strutture complesse.

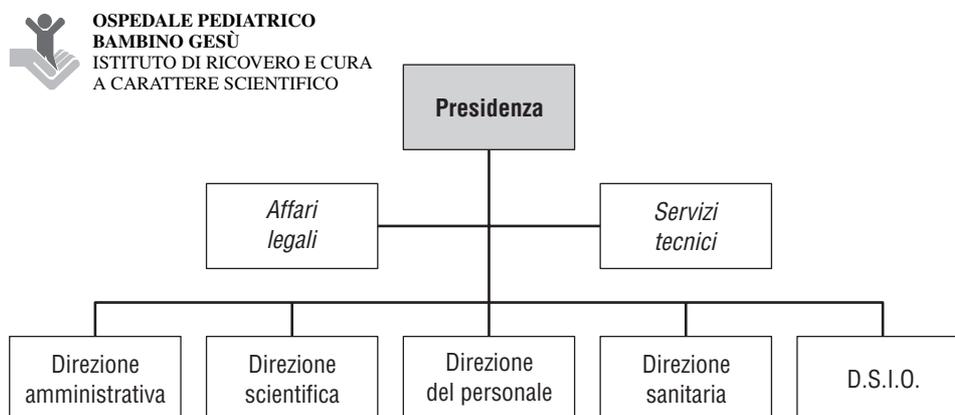
Le attività di gestione dipartimentale sono assicurate da due ruoli di integrazione: il Responsabile amministrativo di dipartimento (RAD), che riporta gerarchicamente al Dirigente amministrativo nonché responsabile coordinatore del controllo di gestione e il Responsabile infermieristico di dipartimento (RID), che riporta gerarchicamente al responsabile dei servizi infermieristici presso la direzione sanitaria.

11.6.2 L'IRCCS «Bambino Gesù»

L'organigramma aziendale (Fig. 11.2) si articola nelle seguenti unità funzionali alla Presidenza del Consiglio di Amministrazione, che ha la Rappresentanza legale dell'Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»:

- la direzione sanitaria, che promuove la collaborazione tra i dipartimenti e le unità operative al fine di assicurare l'omogeneità clinica e funzionale, la continuità del processo di cura, la verifica sistematica della qualità dell'assistenza e concorre, insieme alle altre direzioni, alla predisposizione degli indirizzi strategici da proporre al consiglio di amministrazione e in particolare del piano strategico aziendale;
- la direzione amministrativa, che garantisce l'attuazione degli indirizzi del consiglio di amministrazione in tema di pianificazione economico-finanziaria e controllo dell'andamento gestionale dell'ospedale;
- la direzione del personale, che promuove lo sviluppo del personale, attuando le decisioni del consiglio di amministrazione, attraverso una gestione delle risorse umane finalizzata al miglioramento dei livelli qualitativi e all'integrazione tra le strutture;
- la direzione scientifica, che promuove, coordina e regola l'attività di ricerca, formazione, studio e aggiornamento dell'ospedale;
- la direzione sistemi informativi e organizzazione, che sovrintende allo sviluppo, manutenzione e gestione dei sistemi informatici e delle relative infrastrutture tecnologiche, fornendo un supporto adeguato al soddisfacimento delle esigenze di tutte le direzioni e unità operative dell'ospedale.

Figura 11.2 L'organigramma semplificato dell'Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»



Altre unità in staff alla Presidenza del Consiglio di Amministrazione sono gli Affari Generali e Legali e la Ripartizione Tecnica.

I dipartimenti sono stati attivati nel 1997 e sono entrati in funzione a pieno regime nel 1998 (implementazione radicale).

Nelle intenzioni della direzione dell'ospedale, l'organizzazione dipartimentale ha rappresentato un modello idoneo a superare la tradizionale suddivisione delle competenze, contribuendo a rendere esplicite e condivisibili le finalità del lavoro di persone che afferiscono a discipline e professionalità diverse, in relazione al percorso «orizzontale» compiuto dal paziente. All'interno della struttura ospedaliera del «Bambino Gesù» sono previsti tredici dipartimenti, suddivisi tra le sedi di Roma, Palidoro e Santa Marinella.

È vigente un regolamento generale dei dipartimenti e, conformandosi a questo, ogni dipartimento ha elaborato e approvato un regolamento interno. Nei dipartimenti sono presenti il Coordinatore medico, nominato dal Consiglio di Amministrazione, e un Comitato di dipartimento che è l'organo collegiale consultivo del dipartimento, presieduto dal Coordinatore e composto da tutti i dirigenti medici responsabili delle strutture complesse che compongono i dipartimenti, da una rappresentanza dei responsabili di strutture semplici che costituiscono l'articolazione delle unità operative, da una rappresentanza dei medici delle unità operative del dipartimento e dal caposala o capotecnico coordinatore di Dipartimento.

Sono due le figure di coordinamento e di integrazione. Il caposala o capotecnico coordinatore di dipartimento è dedicato alle attività di coordinamento intradipartimentale, rispettivamente, di assistenza infermieristica e ausiliaria e tecnica, inoltre coadiuva il coordinatore di dipartimento nella programmazione e nella gestione delle risorse infermieristiche, ausiliarie e tecniche del dipartimento. Nell'organico della direzione dei servizi amministrativi (da cui dipen-

dono i settori di contabilità generale e bilancio, controllo di gestione, spedalità, provveditorato e magazzino, economato) è inoltre prevista la figura del funzionario amministrativo di dipartimento (FAD).

A livello generale, egli svolge attività amministrative nell'ambito del/i dipartimento/i⁵ dove è inserito, con particolare riferimento al collegamento tra area sanitaria e area amministrativa.

11.6.3 L'Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi

L'atto aziendale approvato nel luglio del 2003 ha disciplinato, dopo la definizione del quadro progettuale, l'organizzazione e il funzionamento dell'AOUC, disegnandone la nuova struttura organizzativa.

Nel nuovo modello si pone al centro del sistema il processo assistenziale: attraverso la centralità dell'atto clinico si supera la logica di frammentazione garantendo un uso ottimale delle risorse, comportamenti clinico-assistenziali omogenei e un approccio al lavoro multidisciplinare. L'Azienda si trasforma così da soggetto erogatore di prestazioni sanitarie a «comunità curante, intesa come sistema complesso in grado di interpretare, gestire e soddisfare i fabbisogni degli utenti». Il processo di cambiamento mira a passare da un sistema-azienda frammentato a un sistema complesso organizzato per processi, coordinato e integrato, il cui modello di gestione operativa delle attività assistenziali è basato sui Dipartimenti.

Le funzioni operative svolte dall'Azienda sono attribuite alle strutture organizzative, che si suddividono in funzionali e professionali.

Sono strutture funzionali quelle preposte al perseguimento di obiettivi di budget, con corrispondente assegnazione delle risorse: i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI); le Aree Tecnico-Amministrative; le Strutture Organizzative Dipartimentali (SOD) che costituiscono articolazione interna dei Dipartimenti Assistenziali Integrati⁶.

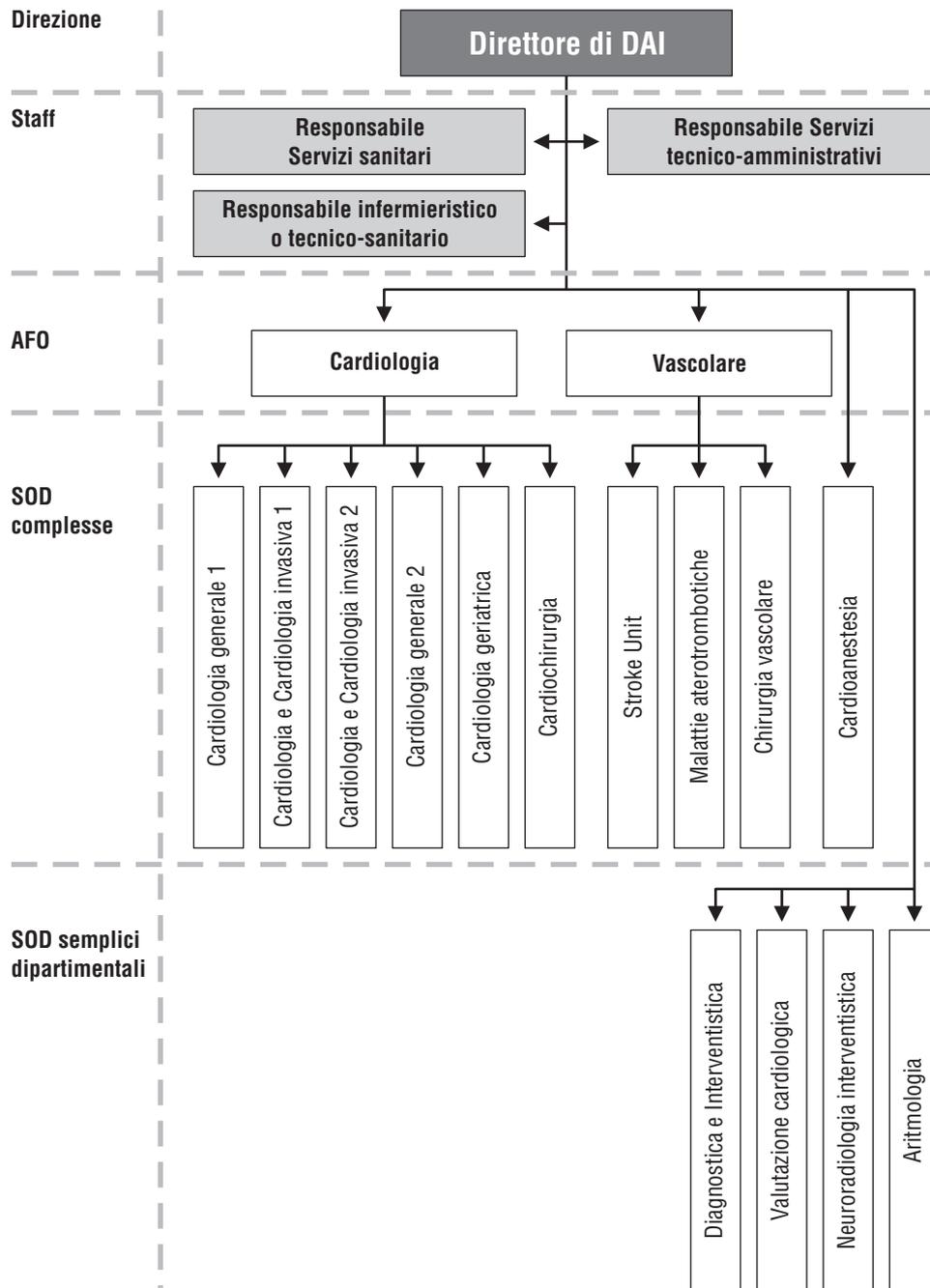
Si è scelto di realizzare un modello di «Dipartimento Assistenziale Integrato», al fine di perseguire l'ottimale realizzazione del percorso diagnostico-terapeutico e riabilitativo ed esercitare, in forma unitaria e coordinata, le attività assistenziali.

Il DAI supera la logica dei reparti e, con la gestione unitaria delle risorse economiche, umane e strumentali, garantisce che la finalità assistenziale si coniughi in modo inscindibile con quella di didattica e di ricerca.

⁵ Alcune unità amministrative prestano la loro attività in più dipartimenti.

⁶ Si precisa che la SOD si identifica come struttura organizzativa professionale quale «contenitore» di professionalità specialistiche, che di per sé non identifica un nucleo in grado di produrre. La SOD diventa struttura organizzativa funzionale nel momento gestionale, quando le viene attribuita una specifica casistica e si prende cura di essa utilizzando le risorse messe a disposizione dai DAI di appartenenza.

Figura 11.3 L'assetto organizzativo dipartimentale all'AOU Careggi (Dipartimento ad Attività Integrata Cardiologico e dei Vasi)



Fonte: documenti aziendali AOU Careggi

Il DAI gestisce in termini funzionali le strutture, complesse o semplici che lo compongono, è dotato di autonomia operativa e gestionale, è, in quanto tale, titolare di budget, definisce i piani operativi di produzione, nel rispetto delle risorse assegnate e degli obiettivi definiti dalla direzione aziendale da proporre all'approvazione dell'Azienda, in attuazione delle sue linee strategiche; è soggetto a rendicontazione analitica e, nell'ambito delle proprie responsabilità, è organizzato in centri di costo, con connessa e conseguente responsabilità.

Il DAI partecipa attivamente, nelle forme e con le modalità definite, alla programmazione strategica attraverso la condivisione delle politiche aziendali e attua, organizza, verifica e controlla il raggiungimento degli obiettivi definiti⁷.

Sono organi dipartimentali il Direttore di Dipartimento e il Comitato di Dipartimento e tutti i dipartimenti funzionano sulla base di un unico regolamento aziendale.

Il Direttore di Dipartimento dirige con autonomia tecnico-funzionale ed economico-finanziaria la struttura ospedaliera cui è preposto e ne è responsabile ai fini produttivi e organizzativi.

Nell'esercizio delle proprie funzioni si avvale del Comitato di Dipartimento, del Responsabile dei servizi sanitari di Dipartimento, del Responsabile del Servizio infermieristico, dell'eventuale Responsabile tecnico-sanitario e del Responsabile dei Servizi tecnico-amministrativi del Dipartimento.

Partecipano al Comitato di Dipartimento i responsabili delle strutture complesse, i responsabili delle strutture semplici a valenza dipartimentale, i responsabili delle specifiche funzioni dipartimentali attivate, un dirigente medico per ogni struttura complessa designato dai dirigenti di primo livello della stessa e fino a un massimo di quattro rappresentanti delle professioni sanitarie indicate dai coordinatori e tra i coordinatori (cfr.: Atto aziendale).

I DAI aggregano strutture dipartimentali complesse, strutture dipartimentali semplici e strutture semplici costituenti articolazione di quelle complesse. Le strutture, semplici o complesse, sono denominate Strutture Organizzative Dipartimentali (SOD).

Le SOD afferenti al Dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità clinico-professionale e gestionale, quest'ultima nell'ambito dei compiti e delle risorse attribuite dal Direttore del Dipartimento attraverso la procedura di budget.

Sono strutture professionali le Unità Professionali (UPR), che rappresentano la «cinghia di trasmissione» della dimensione professionale.

La Tab. 11.2 mette a confronto i modelli organizzativi dipartimentali dei tre casi analizzati.

⁷ Da questo punto di vista la partecipazione dei direttori di DAI al Collegio di Direzione, insieme alla Direzione Aziendale, costituisce un momento organizzativo di condivisione, coordinamento e responsabilizzazione rispetto agli orientamenti strategici aziendali molto forti.

Tabella 11.2 I modelli organizzativi dipartimentali

	Policlinico «A. Gemelli»	Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»	AOU Careggi
Anno costituzione	2001-2002 e 2005	2002	2003
Integrato (Università/SSR)	No	No	Sì
Implementazione progressiva/radicale*	Progressiva	Radicale	Radicale
Regolamento	Unico	Uno per dipartimento	Unico
Forte/debole**	Forte	Debole	Forte
Verticale/funzionale***	Verticale	Funzionale	Verticale
Organi di staff dipartimentale (UO)	No	No	Sì (Servizi amministrativi)
Ruoli di integrazione	Responsabile amministrativo Responsabile infermieristico	Funzionario amministrativo Caposala o Capotecnico coordinatore	Responsabile amministrativo Responsabile infermieristico Responsabile dei servizi sanitari
Gruppi interdipartimentali (formalizzati)	Centro interdipartimentale di senologia Centro interdipartimentale di oncologia	Sì	Sì

* L'implementazione è radicale se la formalizzazione dei dipartimenti avviene in un solo provvedimento e in un periodo ristretto di tempo (per esempio, 1 anno). È progressiva se l'attivazione dei dipartimenti avviene per gradi con dipartimenti attivati in tempi diversi in un periodo di più anni.

** Il dipartimento è forte se la relazione tra le unità operative e gli organi dipartimentali è di natura gerarchica e non esiste dipendenza diretta tra unità operative e direzione aziendale.

*** Il dipartimento è verticale se ogni unità operativa appartiene a un solo dipartimento, con la conseguenza di un effettivo allungamento della catena di controllo. In caso contrario è detto funzionale.

11.7 I ruoli di integrazione: i tre modelli a confronto

11.7.1 Il «business manager»

Le funzioni di supporto alla direzione dipartimentale hanno una storia recente e strettamente connessa al processo di aziendalizzazione. Negli ospedali analizzati queste nuove figure, così come nelle altre realtà dove sono state implementate, sono state istituite sulla base di specifiche esigenze di gestione avvertite dal management, in mancanza di una normativa che ne preveda l'obbligatorietà.

Il management, nei tre casi, ha avvertito la necessità di dotare i dipartimenti di

competenze asimmetriche di tipo economico-gestionale per il corretto governo degli strumenti a supporto della gestione del dipartimento. A tale esigenza era possibile rispondere in due modi. Una prima modalità è quella di favorire l'acquisizione di tali competenze da parte del direttore di dipartimento (magari attraverso un'adeguata attività di formazione), che può così assumersi piena responsabilità sugli aspetti gestionali. Una seconda opzione è quella di istituire specifiche posizioni organizzative, identificando professionalità con profilo formativo a orientamento economico-gestionale. La descrizione delle diverse situazioni porta a registrare diverse soluzioni nei casi analizzati.

L'analisi delle *job description* e le interviste realizzate con i *business manager* hanno evidenziato molti elementi comuni nel lavoro e nei ruoli ricoperti nelle tre aziende. Ciò nonostante, alcune differenze sono emerse in termini sia di competenze a essi assegnate, sia di conseguente profilo professionale e formativo.

La *job description* progettata nelle tre realtà chiarisce l'obiettivo che si intendeva raggiungere con l'inserimento di una figura amministrativa in staff alla direzione dipartimentale (Tab. 11.3). In tutte le realtà analizzate, l'intenzione è quella di prevedere figure di collegamento per garantire al direttore di dipartimento un supporto operativo in linea con le esigenze specifiche dei processi gestiti all'interno dei singoli Dipartimenti e per integrare le funzioni dipartimentali con quelle direzionali. Tutte le posizioni svolgono una funzione di supporto al Direttore di dipartimento nella fase di elaborazione della proposta di budget dipartimentale e nella fase di monitoraggio degli obiettivi e delle risorse dedicate. Per quanto attiene l'attività di monitoraggio della dimensione clinica della gestione, a Careggi il responsabile dei servizi sanitari (più avanti descritto) e il responsabile amministrativo collaborano nello svolgimento di tali compiti. Nel caso del Policlinico Gemelli, invece, il Responsabile amministrativo di dipartimento (RAD) opera in maniera autonoma nella fase di monitoraggio, assumendosi la responsabilità di verificare sia la dimensione economica che quella clinica della gestione. I referenti presso la direzione sanitaria svolgono a supporto del RAD una mera funzione informativa. Nel caso del «Bambino Gesù» il funzionario amministrativo di dipartimento (FAD) assume una connotazione intermedia tra i due.

Nelle tre aziende questa posizione svolge una funzione di collegamento informativo continuo tra i dipartimenti e le strutture centrali dell'organizzazione con connotazione tecnica e amministrativa. Nel caso di Careggi, l'unità amministrativa è pienamente orientata al dipartimento, evidenziando il maggiore livello di autonomia e decentramento realizzato nella struttura fiorentina rispetto alle due strutture romane (come testimoniato anche dalla responsabilità che assume nella gestione del personale amministrativo, dei servizi alberghieri, di quelli logistici ed economici). Le differenze rilevate trovano spiegazione, quindi, nei diversi livelli di decentramento organizzativo realizzati attraverso il processo di dipartimentalizzazione. Se il modello del «Bambino Gesù» appare rientrare nella categoria del dipartimento «debole», i modelli del Gemelli e di Careggi mostrano una

Tabella 11.3 I ruoli di integrazione: il business manager

AOU Careggi	IRCCS Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»	Policlinico universitario «A. Gemelli»
Responsabile dei servizi tecnico-amministrativi del Dipartimento	Funzionario Amministrativo di Dipartimento	Responsabile Amministrativo di Dipartimento
<i>Job description</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Coadiuvava, per quanto di sua competenza, il Direttore del Dipartimento nel processo di budget, nella rilevazione dei fabbisogni e nella gestione e monitoraggio delle attività • Garantisce il supporto amministrativo per le attività di gestione dei servizi alberghieri, sanitari, logistici ed economici e per le attività di gestione e mantenimento dei beni patrimoniali • Provvede alle attività amministrative relative alla gestione economica del Dipartimento • Provvede all'attività di gestione del personale, per quanto di sua competenza • Cura e gestisce le componenti amministrative dei processi sanitari, quali ticket, CUP, esenzioni, iscrizioni, referti, accettazione, flussi informativi e quant'altro necessario • Garantisce, per il tramite del personale amministrativo, il soddisfacimento delle necessità logistiche del Dipartimento e delle SOD in esso comprese. 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantisce l'interazione tra il Dipartimento e la Direzione dei servizi amministrativi • Offre supporto al Coordinatore di Dipartimento, ai responsabili di Unità Operativa e al Caposala o Capotecnico coordinatore • Garantisce la gestione delle attività amministrative del Dipartimento e delle singole Unità Operative a esso appartenenti e l'assistenza al Coordinatore di Dipartimento, secondo i principi e le procedure definiti dalle Direzioni competenti dell'Ospedale • Partecipa all'elaborazione degli obiettivi di budget e del progetto di budget annuale, garantendo il supporto al Coordinatore di Dipartimento e ai responsabili di Unità Operativa e agendo da interfaccia con i competenti settori della Direzione dei servizi amministrativi • Partecipa alla gestione delle attività dipartimentali connesse alla garanzia della sicurezza e alla tutela dell'ambiente e dei posti di lavoro (ex legge 626/1994) • Svolge attività di segreteria del Comitato di Dipartimento e dell'Assemblea di Dipartimento e, in generale, attività connesse all'assistenza offerta al coordinatore di Dipartimento per tutte le pratiche di carattere amministrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supporta il Direttore di Dipartimento nella pianificazione e nella gestione del Budget svolgendo analisi gestionali in collaborazione con i vari responsabili afferenti al Dipartimento, curando la raccolta dei report e la loro diffusione • Effettua revisioni periodiche per il monitoraggio della gestione economica (analisi degli scostamenti, trend, rischi/opportunità, azioni correttive ecc.) • Fa da raccordo tra il Dipartimento e gli uffici tecnico amministrativi del Policlinico per l'attuazione delle delibere della Direzione di Sede e della Giunta di Dipartimento • Assicura l'applicazione dei processi e delle procedure aziendali e collabora alla loro eventuale definizione/revisione • Svolge funzioni di segretario di Giunta e coordina le attività del personale di segreteria del Dipartimento • Garantisce, in termini di coordinamento e supervisione, la redazione dei turni di guardia mensili del personale medico del Dipartimento; • Analizza e propone, in collaborazione con il RID, interventi organizzativi finalizzati alla soddisfazione del paziente.
<i>Training formativo di base</i>		
Laureato con esperienza interna	Diplomato	Laureato
<i>Permanenza in azienda</i>		
Minimo 7-8 anni	27 anni (media)	7-8 anni

diversa modulazione del dipartimento «forte» in termini di decentramento gestionale: certamente la devoluzione di competenze è più rilevante a Careggi che al Gemelli. Il responsabile amministrativo di dipartimento a Careggi, infatti, gestisce le unità di personale amministrativo afferenti al Dipartimento, governando una vera e propria unità con dimensioni spesso ragguardevoli (fino a 30 persone).

Nei due casi in cui il *business manager* è un ruolo di integrazione «puro» (una posizione organizzativa individuale), le figure mostrano specifiche connotazioni. Al Policlinico Gemelli il RAD rappresenta il terminale informativo e il nodo della rete dei rapporti tra dipartimento e unità operative amministrative e di supporto tecnico. Al «Bambino Gesù» il *business manager* svolge un ruolo di «facilitatore», con la missione di semplificare i processi di comunicazione ai diversi livelli e di garantire un supporto sistematico al direttore di dipartimento nelle attività di natura gestionale.

A Careggi una peculiarità riguarda l'azione sinergica delle diverse figure di integrazione del dipartimento nelle attività di definizione del budget di Dipartimento e nella gestione e monitoraggio delle attività. La figura amministrativa, avvalendosi dell'ausilio di strumenti di rilevazione e indicatori facilmente consultabili, può supportare, insieme al responsabile dei servizi sanitari e ai responsabili di unità operativa⁸, l'individuazione di manovre correttive tali da riportare l'attività del dipartimento in linea con quanto stabilito nel budget.

Questa diversità nelle attività svolte, evidentemente correlata ai modelli organizzativi adottati, ha delle conseguenze sui modelli di professionalità delle diverse figure di *business manager*. A Careggi il responsabile amministrativo è prevalentemente un laureato (lauree in diverse discipline nel campo economico, giuridico e sociale) con una significativa esperienza in azienda (minimo 7-8 anni). La scelta operata a Careggi (profili con laurea e provenienza interna) risponde all'esigenza di garantire alla direzione dipartimentale un supporto con una forte esperienza e un background di competenze elevato.

Al «Bambino Gesù» le 8 posizioni di FAD (alcuni prestano la loro attività in più dipartimenti) sono ricoperte da 6 diplomati e 2 laureati con un'esperienza significativa nell'ambito dell'amministrazione dell'ospedale (27 anni in media). La conoscenza delle dinamiche organizzative e gestionali del «Bambino Gesù» è stata evidentemente valutata come elemento imprescindibile per garantire efficacia al ruolo.

Al Policlinico Gemelli la posizione di RAD è ricoperta da persone selezionate tra laureati con un'esperienza in azienda di almeno 5 anni e, preferibilmente, con una formazione post laurea in ambito manageriale-sanitario. Per la selezione dei RAD, tutti i candidati potenzialmente in linea con il profilo professionale ricercato sono stati sottoposti a una valutazione di potenziale (attraverso la metodologia dell'*assessment center*) realizzata al di fuori del contesto aziendale (metodologia *outdoor training*⁹). Un profilo così elevato rivela una precisa scelta strategica della direzione generale aziendale: individuare i soggetti che, presentando potenziale

⁸ A Careggi la dizione Unità Operativa va intesa nel senso di Struttura Organizzativa Dipartimentale.

⁹ L'*outdoor training* è una metodologia di formazione che si basa su attività svolte al di fuori del contesto aziendale e si fonda sul presupposto che la modalità più efficace per apprendere nuovi comportamenti sia quella di sperimentarli concretamente.

elevato, sono destinati a percorrere itinerari di carriera per ricoprire ruoli più incisivi all'interno dell'organizzazione, ovvero in aree a maggiore criticità strategica. Allo stesso tempo, per realizzare un forte decentramento di competenze ai dipartimenti senza però appesantirne la struttura amministrativa, si è preferito puntare su una professionalità con competenze gestionali particolarmente sviluppate e con capacità comportamentali e concettuali specificamente individuate nell'ambito dell'*assessment center*.

In alcune realtà dipartimentali è stato rilevato un difetto di «legittimazione» delle figure amministrative da parte delle professionalità mediche. Questa situazione è certamente meno avvertita a Careggi rispetto alle due altre esperienze osservate. Il rischio connesso alla mancanza di legittimazione nel decentramento di competenze amministrative e gestionali è che, a una crescita della complessità organizzativa, non corrisponda un vero valore aggiunto portato dall'azione di coordinamento di tale figura quando questa non sia pienamente accettata e valorizzata nel dipartimento. In questa prospettiva, nei casi osservati, la mancanza di legittimazione, più che da fattori progettuali, è legata alla combinazione degli aspetti di carattere relazionale e attributivo/caratteriale dei soggetti coinvolti nelle relazioni di lavoro (in particolare direttore di dipartimento e *business manager*).

11.7.2 Il responsabile infermieristico

Nelle strutture analizzate viene fortemente enfatizzato il ruolo chiave della figura infermieristica di coordinamento nel garantire l'ottimizzazione dell'attività assistenziale, oltre che nel favorire il miglioramento continuo dei processi clinici e della gestione complessiva del dipartimento.

Anche per l'attività di coordinamento infermieristico i casi analizzati mostrano analogie e differenze (Tab. 11.4). Nelle tre aziende queste figure hanno la responsabilità di elaborare i piani di lavoro per il personale infermieristico, tecnico e ausiliario. Il coordinamento delle attività assistenziali avviene, quindi, sulla base dell'utilizzo di standard di lavoro il cui rispetto è affidato a queste figure.

A Careggi, così come presso l'Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù», tale posizione, contestualmente alla risoluzione delle problematiche quotidiane connesse alla copertura dei turni, coordina l'attività delle caposala. Tale autorità formale non è goduta dalle figure infermieristiche analoghe presso il Policlinico Gemelli. Qui l'efficace conseguimento di tutte le attività previste nella *job description* del responsabile infermieristico è condizionata dalla disponibilità alla collaborazione del capo sala delle unità operative afferenti al dipartimento, i quali sono chiamati a fornire un flusso di informazioni tempestivo e trasparente sulle esigenze assistenziali delle singole unità, riconoscendo, quindi, l'utilità di un'autorità formale a livello dipartimentale.

Nella *job description* della figura infermieristica di Dipartimento al Policlinico Gemelli è prevista un'attività di supporto alla definizione dei protocolli diagnostico terapeutici, attività prevista tra le incombenze delle strutture dipartimentali. La

Tabella 11.4 I ruoli di integrazione: la figura infermieristica

AOU Careggi	IRCCS Ospedale Pediatrico «Bambino Gesù»	Policlinico universitario «A. Gemelli»
Responsabile infermieristico di Dipartimento	Caposala o Capotecnico coordinatore di Dipartimento	Responsabile Infermieristico di Dipartimento
<i>Job description</i>		
<ul style="list-style-type: none"> • Collabora direttamente nella definizione dei percorsi assistenziali, nella negoziazione del budget e nella pianificazione operativa, ha la responsabilità dell'organizzazione integrata delle attività infermieristiche assistenziali del Dipartimento • Esercita attività di coordinamento delle attività dei capi sala • Gestisce, sotto la direzione funzionale del Direttore di Dipartimento e in conformità con le linee guida e i protocolli operativi delle relative Unità Professionali aziendali, le attività tipiche delle figure professionali di pertinenza, garantendo il coordinamento della loro azione e dell'ottimale utilizzo delle risorse loro affidate. 	<ul style="list-style-type: none"> • Concorda con il RSI (Responsabile Servizi Infermieristici, Direzione Sanitaria) la proposta di programmazione annuale delle risorse infermieristiche, ausiliarie e tecniche da richiedere all'Amministrazione in sede di definizione del budget, sulla base degli indirizzi definiti dal Comitato di Dipartimento e con l'obiettivo di garantire l'autosufficienza del Dipartimento stesso • Sovrintende alla gestione delle risorse infermieristiche, ausiliarie e tecniche assegnate al Dipartimento, promuovendone l'integrazione, l'interscambiabilità e la piena capacità produttiva e assistenziale • Collabora con il RSI all'individuazione, sperimentazione e promozione di modelli innovativi dell'assistenza infermieristica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Supporta il Direttore di Dipartimento al raggiungimento dei livelli ottimali di assistenza attraverso l'elaborazione dei piani di lavoro per il personale infermieristico, tecnico e ausiliario • Collabora con il Dirigente del Servizio Infermieristico alla programmazione e alla pianificazione dell'assistenza infermieristica • In collaborazione con la Dirigenza infermieristica programma e coordina i meccanismi di mobilità interdipartimentale • Si occupa della risoluzione delle problematiche quotidiane connesse alla copertura dei turni • Programma, organizza e valuta l'inserimento del personale neoassunto • Promuove e adotta un comportamento orientato al mantenimento di un buon clima organizzativo • Contribuisce alla gestione delle risorse strutturali, tecnologiche e di materiali di consumo • Contribuisce alla definizione degli standard e all'individuazione degli indicatori di verifica di efficacia, efficienza, economicità e qualità delle prestazioni erogate dal dipartimento • Favorisce l'integrazione fra le diverse professioni presenti all'interno del dipartimento, permettendo il raggiungimento congiunto degli obiettivi concordati • Collabora alla definizione dei piani di aggiornamento e di formazione del personale infermieristico, tecnico e ausiliario • Elabora protocolli assistenziali, con la collaborazione del Servizio Infermieristico, verificando l'applicazione dei protocolli.

job description, inoltre, prevede il contributo nella definizione di standard e nell'individuazione di indicatori di verifica di efficacia, efficienza, economicità e qualità delle prestazioni erogate dal dipartimento e la collaborazione nel controllo e nell'applicazione. Tale attività può essere svolta in maniera efficace se, congiuntamente a un background esperienziale molto forte, si aggiunge un percorso formativo altrettanto elaborato. Avere un profilo così composito garantirebbe sicura-

mente maggiore efficacia al ruolo, soprattutto quando a esso non viene riconosciuta autorità formale.

A Careggi la figura infermieristica di Dipartimento, insieme alle altre figure di integrazione, svolge l'importante compito di valutare l'impatto economico e organizzativo dei programmi assistenziali ai fini del raggiungimento degli obiettivi definiti in sede di budget e, avendo una riconosciuta autorità formale, può opportunamente sensibilizzare le caposala su tali obiettivi. Tali programmi possono infatti avere un impatto notevole sulla performance del Dipartimento.

Nonostante quanto formalmente previsto dalle *job description* in due casi, la sensazione diffusa, raccolta attraverso le interviste realizzate, è quella di una non piena valorizzazione di questo ruolo da parte del resto del personale del dipartimento, mentre a Careggi il ruolo appare già riconosciuto, ma da sviluppare nell'ambito delle capacità manageriali, in linea con l'implementazione dell'atto aziendale.

11.7.3 Il responsabile dei servizi sanitari

L'integrazione tra le funzioni di direzione sanitaria e i dipartimenti sia al Policlinico Gemelli che al «Bambino Gesù» è direttamente gestita dai dirigenti preposti alle singole strutture (dipartimento e direzione sanitaria). La direzione sanitaria, inoltre, governa direttamente presso i dipartimenti funzioni tradizionali quali l'igiene ospedaliera e il controllo della gestione dei rifiuti speciali.

Presso l'AOU Careggi è stata invece sperimentata una soluzione diversa, grazie all'attivazione di una figura medica con formazione di «direzione ospedaliera» (in genere specializzazione in Igiene) che è pienamente inserita nel contesto dipartimentale e svolge attività quasi esclusiva (a parte alcuni casi) nel dipartimento di competenza (Tab. 11.5). Il *Responsabile dei servizi sanitari dipartimentali (RSSD)* è nominato con atto del Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario d'intesa con il Direttore di Dipartimento. Il RSSD riporta gerarchicamente al Direttore di Dipartimento e mantiene una relazione funzionale con la direzione sanitaria di presidio, che coordina il lavoro dei diversi RSSD nei dipartimenti ai fini dell'implementazione delle strategie funzionali aziendali nelle aree di competenza (per esempio, igiene ospedaliera, valutazione delle tecnologie ecc.). Tra i 14 RSSD attualmente in servizio a Careggi 6 sono medici provenienti dalla direzione sanitaria di presidio e 8 sono stati assunti per ricoprire tale funzione mediante concorso esterno.

Il RSSD, nell'ambito degli indirizzi emanati dal Direttore di Presidio Ospedaliero e delle direttive formulate dal Direttore di Dipartimento, coordina le attività di supporto al Direttore di Dipartimento, esercitando altresì funzioni specifiche quali la gestione degli aspetti connessi con la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti, gli aspetti di igiene ambientale, di gestione dei rifiuti ospedalieri, la lotta alle infezioni ospedaliere. Grazie alla stretta vicinanza con gli attori principali dei processi produttivi all'interno del dipartimento, il responsabile dei servizi sanitari riesce a ottenere informazioni rilevanti sulle attività delle singole unità operative, utili nel processo di definizione del budget. Egli supporta, inoltre, i responsabili

Tabella 11.5 I ruoli di integrazione: la figura medica

AOU Careggi
Responsabile dei Servizi Sanitari di Dipartimento
<i>Job description</i>
<p>Coadiuvare il Direttore di Dipartimento nella gestione del budget assegnato;</p> <p>Gestisce gli aspetti connessi con la tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti;</p> <p>Sovrintende alle problematiche di tutela dell'igiene ambientale;</p> <p>Cura l'attività di raccolta, trasporto, stoccaggio e smaltimento dei rifiuti ospedalieri;</p> <p>Controlla le attività di pulizia, disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione;</p> <p>Collabora nella definizione delle strategie e dei protocolli di lotta contro le infezioni ospedaliere e occupazionali.</p>
<i>Training formativo di base (Medico)</i>
6 esperienza direzione sanitaria di presidio
8 acquisiti ad hoc per concorso

delle unità operative nella verifica degli scostamenti dagli obiettivi di natura clinica inseriti nel budget e nell'eventuale identificazione delle motivazioni alla base delle discordanze tra l'atteso e l'osservato.

IL RSS partecipa attivamente al processo di negoziazione del budget unitamente al responsabile infermieristico di dipartimento, al responsabile dei servizi tecnico-amministrativi di dipartimento e al direttore di dipartimento.

Il RSS forma con il responsabile infermieristico di dipartimento e il responsabile dei servizi tecnico-amministrativi la squadra multiprofessionale *problem solving* preposta a risolvere, in modo unitario e coordinato, le problematiche gestionali del Dipartimento, garantendone il corretto funzionamento.

11.8 Considerazioni conclusive

I dipartimenti ospedalieri sono oramai una realtà nel SSN, almeno sotto il profilo formale. Diversi segnali sembrano però confermare che il dipartimento non si sia ancora affermato in termini sostanziali. Tale affermazione, infatti, dovrebbe essere segnalata dalla modifica degli assetti organizzativi interni dell'ospedale, con una chiara e sostanziale devoluzione di responsabilità organizzative e gestionali al dipartimento.

L'assunzione di «responsabilità» e la disponibilità a gestire una più ampia autonomia sono legate all'implementazione di figure professionali e strumenti necessari alla gestione di tale autonomia (strategica oltre che operativa). La formalizza-

zione degli organi dipartimentali, infatti, dovrebbe essere accompagnata dalla presenza di strumenti di programmazione e controllo, pratiche di audit, percorsi diagnostico terapeutici, tutti strumenti in grado di realizzare un vero «governo clinico» a livello dipartimentale.

La letteratura e la pratica manageriale, anche in altri sistemi sanitari, hanno evidenziato la necessità di competenze asimmetriche di tipo economico gestionale per il corretto governo di tali strumenti, così come di competenze in grado di assicurare un'adeguata integrazione dei processi di assistenza. I casi qui presentati rappresentano delle esemplificazioni in cui tali competenze, oltre che essere richieste ai clinici che ricoprono posizioni apicali, sono apportate attraverso specifiche posizioni organizzative dipartimentali, occupate da personale con profilo formativo economico-gestionale, infermieristico o medico.

I casi mostrano diverse modalità di implementazione di tali ruoli di integrazione gestionale. In tutti i casi riportati, pur nelle differenze che li caratterizzano sotto il profilo sia istituzionale che organizzativo, il commento riportato dagli interlocutori circa la validità degli approcci seguiti è positivo e unanime.

Le evidenze riscontrate sembrano sostenere la tesi, avanzata da più parti, che la gestione dei servizi sanitari dovrebbe partire da un mutuo riconoscimento da parte di medici e manager delle loro specifiche competenze, più che da un mero trasferimento di competenze manageriali nella professionalità medica. Il rafforzamento delle competenze manageriali dei medici (e di coloro che si assumono la responsabilità di gestione del dipartimento, più in particolare) è certamente auspicabile, ma nella logica di migliorare il livello di interlocuzione con quelle figure emergenti che sono dedicate al governo organizzativo del sistema e che sono costruite su basi di competenze economico-giuridiche e assistenziali-tecniche. Più che puntare a un'integrazione di competenze manageriali nei medici, quindi, si suggerisce di puntare a una «osmosi» di prospettive e punti di vista (Mascie-Taylor et al., 2003).

Qualche tempo fa un editoriale del *British Medical Journal* (n. 326 del 2003) enfatizzava la necessità che medici e manager fossero pronti a collaborare, conoscendosi nelle reciproche prospettive e competenze, imparando qualcosa gli uni dagli altri: i manager rendendosi disponibili a basare le proprie decisioni su basi intellettuali più forti e su evidenze più robuste; i medici sviluppando l'attitudine al lavoro di gruppo, alla visione sistemica e allo sviluppo organizzativo (Smith, 2003).

È possibile che l'integrazione tra medicina e management, necessaria per il corretto governo dei servizi sanitari, non provenga dalla fusione delle competenze manageriali in quelle mediche (e viceversa!), ma dal reciproco riconoscimento e dalla mutua valorizzazione delle rispettive competenze. Il dipartimento, ancora una volta, può rappresentare la «palestra» per questo esercizio di integrazione e i ruoli professionali adottati nei tre casi, pur nelle loro peculiarità, possono rappresentare uno strumento valido per un cambiamento sostanziale e non solo formale dei modelli organizzativi.

Bibliografia

- Achard P.O. (1999), *Economia e organizzazione delle imprese sanitarie*, Milano, Angeli.
- Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di) (2000), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Anessi Pessina E., Baraldi S., Cicchetti A., Cifalinò A., Memmola M. (2003), «Un'analisi critica della letteratura», in S. Baraldi (a cura di), *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie*, Genova, Forum Service Editore.
- Anessi Pessina E., Cantù E. (2004), *Whither Managerialism in the Italian National Health Service?*, paper presentato al convegno internazionale Cergas.
- BAMM (2004), *Making sense. A career structure for medical management, Stockport, British Association of Medical Managers*, disponibile sul sito www.bamm.co.uk.
- Bergamaschi M., Cantù E. (2000), «Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea.
- Bower K.A. (1998), «Clinically Integrated Delivery Systems and Case Management», in Tonges M. (a cura di), *Clinical Integration*, S. Francisco, Jossey-Bass, pp. 179-198.
- Casati G. (a cura di) (1999), *Il percorso del paziente*, Milano, Egea.
- Cicchetti A., Baraldi S. (2001), «La diffusione del modello dipartimentale nel SSN: solo un fatto formale?», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 71-81.
- Cicchetti A. (2004), *La progettazione organizzativa: principi strumenti e applicazioni nel settore sanitario*, Milano, Angeli.
- Daft R.L. (2004), *Organizzazione Aziendale*, Milano, Apogeo.
- Dunnion M., Dunne E. (2004), «Clinical Directorates: Stakeholders' Knowledge and Expectations», *British Journal of Health Care Management*, 10 (1), pp. 10-17.
- European Observatory on Health Care Systems (1999), *Health care systems in transition: United Kingdom*, <http://www.euro.who.int/document/e68283.pdf>.
- Forbes T., Hallier J, Kelly L. (2004), «Doctors as Managers: investors and reluctant in a dual role», *Health Services Management Research*, 17, pp. 1-10.
- Galbraith J.R. (1977), *Organization Design*, Reading (Mass), Addison-Wesley.
- Grandori A. (1995), *L'organizzazione delle attività economiche*, Bologna, Il Mulino.
- Guzzanti E., Longhi T. (1984), «Aspetti moderni dell'organizzazione sanitaria: Il dipartimento», *Federazione medica*, XXXVII (2), pp. 116-123.
- Hickie J. (1994), «Success of a New Health Administration Strategy: The Patient-Focused Institute with a Tripartite Management», *Medical Journal of Australia*, 161, pp. 324-327

- Jacob R., Rao R.M. (1995), «The Struggle to Create an Organization for the 21st Century», *Fortune*, 131/6.
- Junior Doctors Committee (2001), *Discussion Paper on an Integrated Training System for Junior Doctors*, Londra, British Medical Association, www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/integratedtraining.
- Kaplan R.S., Norton D.P. (1992). «The Balanced Scorecard. Measures That Drive Performance», *Harvard Business Review*, January-February, pp. 71-79.
- Kirkman-Liff B., Schneller E. (1992), «The Resource Management Initiative in the English National Health Service», *Health Care Management Review*, 17, pp. 59-70.
- Lathorp, J.P. (1993). *Restructuring Health Care: The Patient Focused Paradigm*, San Francisco, Jossey Bass.
- Lega, F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.
- Longest B.B., Young G.J. (2000), «Coordination and Communication», in S.M. Shortell, A.D. Kalzunny (a cura di), *Health Care Management, Organizational Design and Behavior*, New York, Delmar.
- Mascie-Taylor H., Wilson T., Sweeney K., Lakhani M, Plochg T., Lombarts K., Witman Y., Klazinga M., Kruijthof K. (2003), «Doctors and managers», *British Medical Journal*, 326, pp. 656.
- McCutcheon D. (1998), «Integrating Doctors and managers», In Leahy A., Wiley M. (a cura di), *The Irish Health System in the 21st Century*, Dublino, Oak Tree Press.
- Mintzberg H. (1983), *Structure in Fives: Designing Effective Organizations*. Englewood Cliffs, Prentice-Hall.
- Panella M., Moran N., Di Stanislao F. (1997), «Una metodologia per lo sviluppo dei profili di assistenza: l'esperienza del TriHealth Inc», *QA*, 8, pp. 1-16.
- Ruffner JK. (1986), «Product Line Management: How Six Healthcare Institutions Make it Work», *Healthcare Forum*, September-October, pp. 11-14.
- Smith R. (2003), «What Doctors Can Learn from Each Other: A Lot», *British Medical Journal*, 326, pp. 610-611.
- Shortell S., Kaluzny A. (2000), *Health Care Management: Organizational Design and Behavior*, New York, Delmar.
- Spurgeon P. (2001), «Involving clinicians in management: a challenge of perspective», *Health Care Informatics Review*, 5 (4).
- Thorne M.L. (1997), «Being a Clinical Director: First Among Equals or Just a go-between», *Health Services Management Research*, 10, pp. 205-215.
- Vaccani R., Dalponte A., Ondoli C. (1998), *Gli strumenti del management sanitario*, Bologna, Carocci.
- Vignati E., Bruno P. (2002), *Balanced scorecard in sanità*, Milano, Angeli.
- Wachter R.M., Goldman L. (1996), «The Emerging Role of "Hospitalists" in the American Health Care System», *New England Journal of Medicine*, 335, pp. 514-17.

Wachter R.M. (2004), «Hospitalists in the United States. Mission Accomplished or Work in Progress?», *New England Journal of Medicine*, 350, 19.
Yin R. (1993), *Applications of Case Study Research*, Newbury Park, Sage.