

## **I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI**

Benché i Dipartimenti fossero previsti dalle prime norme di disciplina dell'ordinamento Ospedaliero e ripetutamente riproposti dalle normative nel corso degli anni, non sono mai stati oggetto di dovuta attenzione sul piano attuativo. La scadenza imposta dal D.Lgs. 502/517 imprime quindi un'accelerazione dei processi organizzativi necessari per l'attuazione dell'organizzazione dipartimentale.

Il seminario ha esaminato lo stato d'attuazione dei Dipartimenti ospedalieri analizzando i risultati fino ad oggi ottenuti. L'ospedale, colto nel suo insieme, è un sistema organizzativo ad alta complessità che necessita di un adeguato sistema di governo articolato. Ciò implica l'adozione di modelli organizzativi complessi, che ne assicurano il funzionamento globale e consentano di fornire risposte assistenziali complesse e adeguate. Nel corso degli anni, per poter gestire particolari problemi emergenti l'organizzazione ospedaliera si è arricchita di meccanismi operativi di tipo organizzativo e professionale (ad esempio la Commissione per le infezioni ospedaliere, il comitato etico, la commissione per il buon uso del sangue, ecc.).

L'organizzazione in Dipartimenti rappresenta l'ulteriore risposta al governo della complessità dell'ospedale.

L'attuazione di una riorganizzazione presuppone, di norma, un ampio dibattito riguardo al modello organizzativo, agli obiettivi, ai relativi meccanismi operativi ed ai ruoli rappresentati in seno all'organizzazione stessa. Ciò precederà l'esercizio pratico attuativo. Nel seminario, dopo aver esaminato la relativa letteratura, si è ritenuto che allo stato attuale il dibattito culturale e gli ordinamenti legislativi in genere (norme e linee guida regionali, regolamenti di Azienda, ecc.) abbiano orientato l'interesse prevalentemente sulle tipologie organizzative possibili dei Dipartimenti ospedalieri, mentre non hanno sufficientemente approfondito l'analisi dell'organizzazione dipartimentale ospedaliera riferita alle diverse tipologie di ospedale (grandi, medi e piccoli).

Non è stata chiarita la natura degli elementi organizzativi minimi necessari alla definizione dei ruoli e dei processi gestionali del Dipartimento ospedaliero. A tale stato di "carezza culturale" si aggiunge la molteplicità interpretativa dei modelli organizzativi possibili, e la diversità di applicazione ai diversi contesti aziendali, nelle varie Regioni. La fase di ideazione non sufficientemente guidata, ha ingenerato confusione metodologica e terminologica. Infatti troppo spesso viene utilizzato il termine Dipartimento per identificare diversi ambiti organizzativi o diversi livelli delle strutture aziendali (ad esempio: organizzazione territoriale interindustriale, organizzazione interna dei singoli servizi, organizzazione ospedaliera, ecc.). Anche le recenti norme disciplinanti il rapporto di lavoro della dirigenza medica, hanno fornito prevalentemente elementi generali di orientamento basati solo sugli obiettivi di tipo sanitario.

Nel seminario si è ritenuto che vi sia allo stato attuale il rischio che la dipartimentazione, se non correttamente gestita, possa risultare addirittura negativa, potendo complicare, invece di agevolare, lo svolgimento dei processi produttivi, aumentandone i livelli decisionali e allungando i tempi di decisione e la possibilità di conflitti interni.

Il D.Lgs. 502/517, all'art.4, comma 10, recita: "Le Regioni provvedono alla riorganizzazione di tutti i presidi ospedalieri... organizzando gli stessi presidi in Dipartimenti". L'interpretazione generale è che tutti i presidi ospedalieri debbano essere basati su una organizzazione in più Dipartimenti.

Ciò anche se l'art.2, comma 5, della successiva Legge n° 549 del 28 dicembre 1995, come modificato dalla Legge n° 352 del 18 luglio 1996, affermando che l'organizzazione interna degli ospedali debba assumere il modello dipartimentale, non implica necessariamente che il modello stesso si debba basare su più Dipartimenti per presidio.

Perché abbia senso la realizzazione dei Dipartimenti ospedalieri è necessario che la loro definizione sia chiara, oggettiva, condivisibile, realizzabile ai diversi livelli aziendali e che risponda, in termini razionali, a bisogni organizzativi ben evidenti e sentiti. Ad esempio ha senso parlare di Dipartimento d'organo solo se lo stesso Dipartimento è definito anche come funzionale o di struttura, organizzativo o gestionale, centrato su una o più "risorse guida".

Questi due aspetti, la contestualizzazione e la forte specializzazione e definizione propedeutici alla progettazione dei Dipartimenti ospedalieri sono fortemente sottovalutati sia nei documenti analizzati (normative, linee guida, ecc. a livello nazionale e/o regionale e sia pure in grado minore, a livello locale).

Al contrario, si enfatizzano spesso obiettivi di tipo tradizionale quali il buon uso delle risorse, l'utilizzazione della tecnologia, la formazione e l'aggiornamento ecc., obiettivi comunque priori di qualunque ospedale, divisione, servizio ospedaliero in genere richiamati dalle normative che si sono susseguite nel tempo.

Si ritiene pertanto che la realizzazione dei Dipartimenti ospedalieri sia indispensabile nei grandissimi e grandi ospedali (500 o più di 500 posti letto) e può anche risolversi in una organizzazione facilmente realizzabile in ospedali tra i 250-300 e i 500 posti letto dove risulta utile soprattutto per l'ottimizzazione dell'impiego di alcune specifiche risorse cruciali, quali ad esempio il "blocco operatorio" e per l'organizzazione di attività a forte integrazione (Dipartimento di emergenza).

Nel caso dei grandi ospedali il Dipartimento dovrebbe rappresentare un organico sottosistema all'interno dell'ospedale, essere una delle aree di riferimento, uno dei livelli organizzativi per il funzionamento del sistema di budget, per il controllo di gestione e per l'ottimizzazione dell'impiego delle risorse.

Negli ospedali con meno di 250-300 posti letto la realizzazione di più Dipartimenti ospedalieri può risultare controproducente, in quanto può determinare un appesantimento organizzativo, una complicazione e non una esemplificazione della struttura organizzativa, una inutile frammentazione di un'unità organizzativa unica, fortemente integrata, che riconosce necessariamente al proprio interno forti e dirette correlazioni e coerenze tra le unità operative che la compongono. In questi casi si ritiene che il modello organizzativo efficace dovrebbe essere quello del Dipartimento unico.

Solo considerando l'ospedale quale "contenitore di complessità", solo con l'attento riferimento alle concrete condizioni organizzative e prestazionali dello specifico ospedale è possibile procedere alla sua riorganizzazione dipartimentale. Tale riorganizzazione sarà strutturale nei grandi presidi ospedalieri. I Dipartimenti strutturali in queste realtà coinvolgono le unità operative del grande ospedale aggregandole secondo le logiche che nel determinato contesto risulteranno più utili (Dipartimento d'organo; Dipartimento per intensità delle cure; Dipartimento centrato su "risorse guida", ecc.). La polarità opposta è rappresentata da piccoli ospedali con meno di 250 posti letto, che funzionano, e non possono che funzionare, come strutture organizzative ad alta integrazione.

In queste strutture di limitate dimensioni, come è stato detto, il fabbisogno organizzativo derivato dal progressivo incremento di complessità si risolve orientando fortemente a modalità dipartimentali la loro organizzazione interna.

Ciò vuol dire che gli ospedali di limitate dimensioni possono essere intesi come un Dipartimento unico di struttura con propri organismi di governo.

Tra queste due polarità, articolazione strutturale dei grandi ospedali in più Dipartimenti ospedalieri e organizzazione interna dei presidi di limitate dimensioni in Dipartimento unico, possono realizzarsi, sulla base dell'analisi di contesto ed in funzione delle dimensioni/complessità dello specifico ospedale, tutte le forme intermedie di organizzazione dipartimentale integrando e variando la dipartimentalizzazione a struttura (collegata alla gestione e al funzionamento del sistema di budget e del controllo di gestione) con momenti di dipartimentalizzazione funzionale o di altro tipo. Nei grandi ospedali la dipartimentalizzazione coincide con la riorganizzazione strutturale della linea che realizza le prestazioni intermedie e finali; in ospedali di medie e soprattutto in ospedali di limitate dimensioni rappresenta una modalità a cui orientare la struttura organizzativa interna.

Si ritiene che vada rivisto l'art.4 comma 10 della 502, la cui attuale formulazione ha avuto il merito di indicare con chiarezza la necessità di riorganizzare gli ospedali in senso dipartimentale anche se ha, al contempo, incentivato la corsa all'attivazione di Dipartimenti ad ogni costo e in qualunque contesto o realtà ospedaliera. Il dibattito e la progettazione organizzativa espressi da molte normative di livello nazionale, regionali e di Usl hanno affrontato il problema della realizzazione dei Dipartimenti ospedalieri prescindendo dal "contesto" (come sopra detto) e prescindendo da altri momenti di riorganizzazione della gestione e conduzione degli ospedali.

Nel corso del seminario la discussione si è incentrata sui collegamenti che esistono tra la progettazione della dipartimentalizzazione dell'ospedale e la realizzazione di nuovi e, per la realtà ospedaliera innovativi, "sistemi di gestione", quali:

- il budget;
- il controllo di gestione;
- contratti di lavoro (retribuzione di posizione e di risultato);
- la Carta dei Servizi;
- la verifica e la revisione della qualità.

Benché in alcune normative regionali e in letteratura siano state evidenziate organiche e assai utili analisi descrittive e sistematiche delle tematiche per la progettazione e realizzazione dei Dipartimenti ospedalieri, negli stessi non vi è traccia di collegamenti tra la progettazione dei Dipartimenti ospedalieri, il contesto in cui vanno realizzati e l'adozione e l'attuazione dei sistemi gestionali "innovativi".

La progettazione dei Dipartimenti di un ospedale acquista pieno significato in funzione della definizione dei ruoli che gli attori della gestione aziendale (Direttore generale, sanitario e amministrativo, dirigente medico e amministrativo di presidio, responsabile di Dipartimento, responsabile di unità operativa, responsabile di modulo, responsabili di nursing ecc.) svolgono all'interno del sistema di budget, di controllo di gestione, di retribuzione di posizione e di risultato, all'interno dei "sistemi" Carta dei Servizi e verifica e revisione della qualità.

Ha poco senso progettare a priori i Dipartimenti ospedalieri definendoli "forti" o "deboli", espressioni che sono diffusamente utilizzate per cogliere il ruolo del Dipartimento e del suo responsabile all'interno dell'organizzazione ospedaliera.

Appare difficile definire la missione, il ruolo, la funzione del Dipartimento e del suo Responsabile all'interno della progettazione dipartimentale riflettendo sui Dipartimenti in quanto tali. Vi è infatti in genere la propensione a "definire i Dipartimenti parlando dei Dipartimenti".

La vera progettazione dipartimentale si realizza definendo che decide, chi fissa gli obiettivi, chi gestisce, chi controlla, contratta le risorse ai diversi livelli organizzativi interni ed esterni all'ospedale, secondo le regole del budget, secondo le logiche del controllo di gestione.

In pratica la definizione dei ruoli dei diversi "attori" relativamente ai processi programmatori, decisionali, di contrattazione, di controllo, di gestione e di produzione porta alla definizione del ruolo di ciascuno di loro all'interno del sistema di budget, del sistema di controllo di gestione, del "sistema" retribuzione di posizione e risultato, di "sistema" Carta dei Servizi e verifica e revisione della qualità.

Consequenzialmente si definisce come "forte" o "debole", come funzionale o di struttura, come sottosistema gestionale o professionale, ecc. il Dipartimento o i Dipartimenti che si vogliono realizzare. Si ritiene comunque che l'articolazione dell'ospedale in uno o più Dipartimenti non può prescindere dalla individuazione di un responsabile della gestione complessiva del presidio ospedaliero.

Funzioni trasversali tradizionalmente proprie della direzione sanitaria, quali l'igiene e la sicurezza ospedaliera, l'edilizia sanitaria, la gestione delle risorse professionali, il sistema informativo, la medicina legale e l'organizzazione delle diverse commissioni deputate al governo della complessità ospedaliera afferiscono alla direzione sanitaria del presidio ospedaliero.

Il dirigente medico responsabile del presidio ospedaliero svolgerà il suo ruolo di "integratore del sistema" partecipando alla negoziazione del budget, alla assegnazione delle risorse, coordinando, secondo i contesti, i responsabili di Dipartimento o di unità operative, contribuendo alla definizione di programmi e progetti che interessano l'attività di più Dipartimenti, verificando le specifiche necessità dei singoli Dipartimenti e i risultati raggiunti nell'ambito delle comuni scelte strategiche di gestione.

La direzione sanitaria del presidio utilizzando specifici aggregati di indicatori volti alla verifica dei risultati ed al corretto uso delle risorse, sarà parte integrante del sistema di controllo di gestione, di verifica della qualità del processo e delle prestazioni finali, che rappresentano uno degli strumenti decisivi del processo di aziendalizzazione in atto, processo che si basa sull'adozione di un efficace modello dipartimentale.