



*Ministero della Salute*

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ  
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA,  
DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI SISTEMA  
UFFICIO III



**Dipartimenti per il Governo Clinico  
e l'Integrazione tra Assistenza,  
Didattica e Ricerca**

Workshop 1 Aprile 2011

*Pubblicazione a cura dell'Ufficio III Qualità delle attività e dei servizi, della Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema: Alessandro Ghirardini, Roberta Andrioli Stagno, Rosetta Cardone, Susanna Ciampalini, Antonietta Colonna, Angela De Feo, Daniela Furlan, Giorgio Leomporra, Claudio Seraschi*

*Per informazioni rivolgersi a:  
Ministero della Salute, Direzione Generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, Via Giorgio Ribotta, 5 – 00144 Roma, Fax 0659942074, e-mail: [dipartimenti@sanita.it](mailto:dipartimenti@sanita.it)*

*Il presente documento è consultabile on-line all' indirizzo Web:  
<http://www.salute.gov.it/qualita/qualita.jsp>*

## Indice

Presentazione .....	5
Integrazione Assistenza, Didattica e Ricerca: opportunità e vincoli.....	7
Assetti di Governance delle Aziende Ospedaliere Universitarie ed integrazione delle attività di Assistenza, Formazione e Ricerca.....	39
Creazione di una struttura di monitoraggio per l'analisi organizzativa e gestionale del Dipartimento Ospedaliero nella prospettiva del Governo Clinico.....	63
Conclusioni.....	81



## Presentazione

*Nella prospettiva della implementazione delle politiche di governo clinico, il Ministero della Salute ha avviato un programma di approfondimento e di confronto sull'Organizzazione ospedaliera dipartimentale, l'integrazione tra fra SSN ed Università e quindi tra Assistenza, Didattica e Ricerca ed il ruolo degli ospedali di insegnamento.*

*Questo programma prevede la partecipazione di esperti di strutture sanitarie ed universitarie, per condurre una attività di monitoraggio degli assetti organizzativi favorenti le politiche di governo clinico e l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca. Tale attività ha consentito di mettere in evidenza alcune criticità del sistema, che sono state confrontate, seppure schematicamente, con le esperienze di altri paesi, la normativa in vigore ed in itinere riguardante il SSN e l'Università.*

*Il presente Workshop ha l'obiettivo di presentare lo stato dell'arte e delle conoscenze al riguardo, per delineare una prospettiva ed una ipotesi di road-map sui possibili assetti futuri.*

**IL DIRETTORE GENERALE**



INTEGRAZIONE ASSISTENZA – DIDATTICA – RICERCA:  
OPPORTUNITA' E VINCOLI  
PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE  
E PER L'UNIVERSITA'

Materiali del network delle Aziende Ospedaliere Universitarie Italiane  
2008 – 2010

Redatto a cura di: S. Cencetti, M. Pirazzoli, G. Trianni, P. Vandelli dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena; T. M. Fabbri della Fondazione Marco Biagi Università degli studi di Modena e Reggio Emilia; M. Gonfalonieri del More Laboratorio di Organizzazione; P. Montobbio del BeP Business e Persone. Hanno collaborato: G. Baraghini, A. Bergonzoni, F. Cantone, E. Longhitano, M. Mastroberardino, E. Muzzioli, I. Niro, M. Pantaloni, B. Trevisani, G. Turci dell'Università Policlinico di Modena, G. Aggazzotti, A. Maselli, M. Visentin dell'Università degli studi di Modena Facoltà di Medicina e Chirurgia

# **I RAPPORTI TRA SANITA' PUBBLICA ED UNIVERSITA'. DALL'UNITA' DI ITALIA ALLA RIFORMA UNIVERSITARIA 2010**

I collegamenti Università - Servizi sanitari traggono origine dalla necessità che le attività di ricerca e le attività didattiche, proprie della facoltà medica, si incontrino con le attività di assistenza, proprie degli ospedali, in quanto l'insegnamento della medicina e la ricerca biomedica, per essere efficace il primo e idonea al progresso scientifico la seconda, hanno necessità della presenza del malato e dei luoghi di assistenza.

## **1.1 La fine del XIX secolo**

Fin dal 1890, con la Legge n. 6972, sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, emanata dal governo Crispi, si è introdotto questo principio di collegamento con l'obbligo per gli ospedali con sede in città che ospitavano facoltà di medicina di mettere a disposizione di questa ultima: strutture, malati e cadaveri e a sua volta l'università aveva l'obbligo di corrispondere alle strutture sanitarie i maggiori costi determinati dallo svolgimento delle attività della facoltà di medicina. Le disposizioni della legge Crispi lasciavano ampia autonomia alle strutture sanitarie non prevedendo alcuna interferenza dell'università nelle funzioni di competenza delle prime, le quali non subivano condizionamenti neppure a livello organizzativo, individuando nella convenzione lo strumento amministrativo di regolazione dei reciproci rapporti.

## **1.2 La legislazione precedente la L. 833/1978**

Successivamente, il T.U. delle Leggi sull'Istruzione Superiore n. 1592/1933, derivata dal D.L. n. 549 del 1924, ha stabilito, agli articoli 27-35, la trasformazione in Ospedali clinici delle strutture sanitarie sopra individuate, prevedendo un duplice modello organizzativo: la trasformazione totale dell'intero complesso ospedaliero o parziale, se interessava solo uno o più reparti; nel primo modello il personale universitario entrava a fare parte dell'organizzazione ospedaliera e gli Ospedali dipendevano sia dal Ministero della Sanità (allora dell'Interno) che dal Ministero della Istruzione e la direzione era affidata, ex-lege, a personale di estrazione universitaria. Il tutto veniva regolato con accordi di natura convenzionale, in loro mancanza provvedeva il prefetto a stabilire l'accordo ed in ultima istanza il Ministero dell'Interno di concorso con quello della Istruzione.

Negli stessi anni si è sviluppato il modello del "Policlinico universitario", dotato di propria autonomia, proprie strutture e proprio personale dipendente, in grado di amministrare in modo autonomo l'assistenza sanitaria, evitando qualsiasi coordinamento con le strutture ospedaliere.

Poi è arrivata la riforma degli enti e dell'assistenza ospedaliera del 1968, la Legge n. 132 con i successivi decreti delegati n. 128, 129 e 130 del 1969, che, confermando nella convenzione lo strumento di collegamento tra Università ed Ospedali, ha indotto un'ampia disciplina dell'attività assistenziale anche per le strutture ospedaliero-universitarie, garantendo, comunque, l'autonomia dell'ordinamento universitario, sancita a livello costituzionale, ma superando la precedente impostazione della supremazia dell'istruzione universitaria rispetto all'assistenza ospedaliera. La legge 132 ha, infatti, stabilito che l'ordinamento interno delle cliniche e degli istituti universitari dovesse essere adeguato all'ordinamento interno degli ospedali ed avere un'analoga organizzazione.

Il successivo DPR n. 129/1969, confermando ulteriormente lo strumento convenzionale ed individuando la materia oggetto del relativo accordo, ha rimandato ad un successivo schema tipo ministeriale per la stipula dei singoli accordi convenzionali, emanato con DM 24 giugno 1971. È importante richiamare che questo DM, oltre a dare un preciso assetto agli interessi intercorrenti fra le due istituzioni attraverso la creazione di strutture composite (universitario-ospedaliere) con una disciplina di organizzazione interna e di servizi omogenea ed improntata su medesimi criteri e a stabilire la possibilità di integrazioni allo schema-tipo per motivate esigenze e per regolare particolari situazioni locali, ha introdotto la novità della possibilità per l'Università di utilizzare il potenziale didattico e di ricerca dell'ente ospedaliero, sempre in base a precisi accordi.



### 1.3 La riforma sanitaria del 1978

Giungiamo così al mutamento di maggior significato per la sanità italiana rappresentato dalla Riforma sanitaria del 1978 (Legge 833), anche se prima di questa legge vanno richiamate, per i rapporti con la Università, la sentenza n° 103 del 1977 della Corte Costituzionale, che specifica i principi regolatori dell'ospedale pubblica in un'ottica di interconnessione organizzativa tra enti di diversa istituzione e più in generale la Legge 386/1974, che ha trasferito alle Regioni i compiti in materia di assistenza sanitaria e ospedaliera.

L'art. 39 della legge 833/78 non fa grandi sforzi per individuare strumenti diversi o più idonei, perché questo collegamento tra Università e ospedale possa essere efficace, riconfermando la centralità del meccanismo convenzionale. L'art. 39 è anche un articolo transitorio, in quanto, riconfermando lo strumento della convenzione, aggiunge che questo strumento sarà valido fino a quando non ci sarà la riforma dell'ordinamento della Università. Tutto ciò significa che la Università è considerata una struttura esterna, estranea al SSN in senso stretto, non gestita dal Servizio sanitario, così come strutture esterne sono altre categorie: gli ospedali classificati, la sanità militare ecc. Dato il carattere di struttura esterna, c'è la necessità di questo convenzionamento per riconoscere l'interesse comune all'Università e all'Ospedale dell'attività di ricerca, didattica e assistenza. Ma l'art. 39 pone alcune novità nel rapporto prima esistente solo tra Università ed ospedale, in quanto introduce, appunto sulla scorta della citata Legge 386, un terzo soggetto: la Regione. Ciò assume rilievo, nel momento in cui il legislatore prevede non tanto una collaborazione tra Università ed ospedale, ma una integrazione, a livello di programmazione delle strutture universitarie, con le strutture del SSN, in tal modo la Università viene considerata parte integrante del Piano Sanitario Regionale, il che significa che i rapporti tra ospedali e università debbono essere considerati come rapporti facenti parte della programmazione sanitaria regionale.

Nel sistema convenzionale disciplinato dalla 833, integrato da successive produzioni normative, si potevano distinguere due modelli organizzativi:

- il complesso misto gestito dall'USL, disciplinato dai DD.MM. 9 novembre 1982;
- il policlinico a gestione diretta universitaria disciplinato dal DM 12 maggio 1986.

La legislazione richiamata prevedeva per il primo modello un doppio livello di rapporti: convenzione Regione-Università e singolo accordo convenzionale di attuazione in sede locale, sempre nel rispetto degli schemi-tipo adottati a partire dal DPR 129/1969. Mentre per il secondo modello vi era l'unicità del livello convenzionale regionale, con valenza programmatica e operativa, finalizzate ad una reale integrazione delle relative strutture nell'ambito del SSN.

Nonostante tutte queste novità, alla fine degli anni '80, in Italia, il processo di integrazione Università-SSN, assistenza – didattica – ricerca, non era ancora decollato, ma, forti dell'ottimismo delle idee, si poteva, però, affermare, all'inizio degli anni novanta, che esistessero le condizioni ottimali per incamminarsi verso gli obiettivi di integrazione di assistenza – didattica – ricerca che, da oltre cento anni, si dichiarava di voler perseguire.

All'epoca, infatti, si veniva configurando una cornice di riferimento estremamente stimolante:

- la tabella XVIII relativa agli studi medici;
- la riforma delle scuole di formazione specialistica;
- il D.L.vo 502/92.

La tabella XVIII rappresentava il nuovo ordinamento universitario ed un momento di articolazione fra le varie istituzioni che concorrono a determinare il complesso convenzionato; in questa ottica l'assistenza diventava supporto indispensabile per una corretta ricerca e per un insegnamento moderno della medicina.

L'insegnamento universitario della medicina nonché la formazione generale del medico, ivi comprese le attività di aggiornamento scientifico e culturale del personale nel quadro della formazione professionale permanente (art. 2 legge 833/78) richiedono una complessa attività didattica ed una efficace programmazione che realizzi alcune condizioni fondamentali:

- accettazione ed utilizzazione di una metodologia didattica centrata su metodi dell'insegnamento/apprendimento, che pongono il discente in una situazione attiva, stimolandolo a rendersi partecipe del percorso formativo;
- collegamento delle attività didattiche e di ricerca con i bisogni professionali del medico e con i suoi compiti;
- scelta dei mezzi e degli strumenti didattici e di ricerca idonei rispetto agli obiettivi prefissati e collegamento delle attività di apprendimento agli obiettivi stessi;
- messa a punto di un sistema di valutazione dell'efficacia globale del programma e delle attività che lo compongono (valutazione formativa).

La riforma delle scuole di formazione specialistica, dettata dal D.L.vo 257/91, che recepisce la Direttiva CEE n. 82/76 ha introdotto nuovi criteri nella formazione specialistica:

- la partecipazione alla totalità delle attività mediche del servizio di cui fanno parte le strutture nelle quali la formazione specialistica si realizza, ivi comprese le guardie e l'attività operatoria per le discipline chirurgiche, nonché la assunzione dei compiti assistenziali, in modo che il medico in formazione specialistica dedichi alla formazione pratica e teorica tutta la sua attività professionalizzante per l'intero anno (art. 4);
- un impegno almeno pari a quello previsto per il personale medico del SSN a tempi pieno (art. 4);
- la pertinenza, ovvero il rapporto esistente tra competenze dello specialista e il bisogno di salute della popolazione è la qualità più importante del piano di formazione specialistica,
- il nuovo ordinamento delle scuole di formazione specialistica, dinanzi alla necessità di un profilo professionale moderno dello specialista che non può prescindere dalla capacità di possedere un adeguato livello di performance, favorisce la verifica dell'attività dello specializzando sia in termini di autovalutazione sia da parte di un più ampio pool di professionalità che inevitabilmente, a vari gradi, intervengono e collaborano alla formazione stessa.

In questa ottica viene ad inserirsi il D.L.vo 502/92 e conseguenti modifiche ed integrazioni, che, all'art. 6 comma 1, fissa i rapporti fra SSN e Università, affermando che le Regioni, nell'ambito della programmazione regionale, stipulano specifici protocolli di intesa con le Università, per regolamentare l'apporto alle attività assistenziali del SSN da parte delle facoltà di Medicina, nel pieno rispetto delle loro finalità istituzionali didattiche e scientifiche. Lo stesso D.L.vo 502, all'art. 6 comma 2, precisa che, per soddisfare le specifiche esigenze del SSN connesse alla formazione degli specializzando ed all'accesso ai ruoli dirigenziali del SSN, le Università e le Regioni stipulano specifici protocolli d'intesa per disciplinare le modalità di reciproca collaborazione; i rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra Università e Aziende ospedaliere, USL e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico. La titolarità dei corsi di insegnamento universitari è affidata a dirigenti delle strutture presso le quali si svolge la formazione stessa, in conformità ai protocolli di intesa.

Appare, pertanto, evidente l'orientamento secondo cui non è più solo il medico universitario tenuto a prestare servizio ai fini assistenziali, didattici e di ricerca ma, in una chiara e corretta impostazione di rapporti istituzionali convergenti, anche al medico ospedaliero competono funzioni e prerogative, che superano la sia pur complessa attività assistenziale, per completarsi in attività didattiche e di ricerca, poiché la particolarità degli studi di medicina risiede nel fatto che l'assistenza sanitaria si trova collegata in funzione strumentale e, quindi, inscindibile con la didattica e la ricerca.

Ma non è più solo la formazione medica ad orientare alla concreta integrazione Università/SSN in quanto il comma 3 dell'art.6 afferma che la formazione del personale infermieristico, tecnico e della riabilitazione avviene in sede ospedaliera ovvero in altre strutture del SSN. Il relativo ordinamento didattico è definito ai sensi dell'art. 9 della Legge n. 341/1990, con Decreto del Ministro della Università emanato di concerto con il Ministero della sanità. I rapporti in attuazione delle predette intese sono regolati con appositi accordi tra Università e Aziende del SSN

I protocolli di intesa tra Regione ed Università dovevano rappresentare una occasione irrinunciabile per la corretta integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, che inevitabilmente trova la sua caratterizzazione nella priorità attribuita al servizio per l'utente e comporta maggiormente il passaggio da un sistema con al centro dell'attenzione la malattia e la prestazione ad un sistema che pone al centro il cittadino con la globalità dei suoi bisogni anche immateriali.

Le implicazioni che tale potenziale trasformazione comporta potevano essere relevantissime sul piano gestionale, organizzativo, diagnostico-terapeutico e della ricerca scientifica.

Indubbiamente il legislatore si è impegnato nel dettare una disciplina organica e dettagliata dei rapporti fra Università e SSN con riguardo a tutti gli ambiti della collaborazione, e cioè: organizzazione, finanziamenti, personale, assistenza sanitaria, didattica e ricerca prevedendo formule e soluzioni omogenee ed uniformi e preferendo strumenti di natura consensuale (intese, protocolli, accordi) ma forse si è ancora sottovalutata la distanza fra due mondi, universitario e ospedaliero, dovuta non solo all'autonomia delle istituzioni coinvolte, per una di esse sancita a livello costituzionale, ma soprattutto alla volontà di fare prevalere gli interessi di uno rispetto a quelli dell'altro.

#### **1.4 Le aziende ospedaliero-universitarie: dalla inscindibilità alla integrazione di assistenza, didattica e ricerca**

Si arriva così alla fine degli anni '90 e all'inizio del nuovo millennio con una nuova disciplina giuridica rappresentata da

- D.L.vo n. 517/99 che norma i rapporti tra SSN e Università;
- DPCM 24 maggio 2001 che approva le linee guida atte a:
  - promuovere e disciplinare l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca,

- informare i rapporti tra SSN ed Università ispirati al principio della leale collaborazione, definire le linee della partecipazione universitaria alla programmazione sanitaria regionale
- definire le maggiorazioni di remunerazione delle prestazioni,
- indicare i parametri per la individuazione delle strutture complesse funzionali alle esigenze dell'Università, tenendo conto delle funzioni di supporto ai corsi di diploma e formazione specialistica e di formazione del personale sanitario, tecnico e della riabilitazione, definendo anche il volume ottimale di attività funzionale alle attività didattiche.

Con questa ultima legislazione vengono di fatto superati i precedenti diversi modelli aziendali (aziende universitarie, aziende miste ecc.) ed individuata una nuova tipologia di azienda, che si caratterizza per una missione più complessa, giacché deve raggiungere sia obiettivi assistenziali, che assicurare compiti istituzionali della università.

Dalla inscindibilità tra assistenza, didattica e ricerca si passa alla integrazione tra queste funzioni sulla base dei principi e delle modalità proprie dell'attività assistenziale del SSN. Non più giustapposizione tra SSN e Università, ma piena integrazione.

Per conseguire simile ambizioso obiettivo il D.L.vo 517/1999 ha introdotto, dopo un periodo transitorio di quattro anni, il modello della Azienda Ospedaliero-Universitaria integrata, superando la precedente molteplicità di modelli organizzativi (policlinici a gestione diretta, ospedali clinicizzati, aziende miste) e caratterizzando la AOU rispetto alle Aziende ospedaliere per:

- mission più complessa: assistenza integrata con didattica e ricerca;
- organizzazione più complessa : i principali atti sono adottati dal Direttore generale d'intesa con il Rettore, a partire dall'atto aziendale, che è una delle principali novità apportate dal D.L.vo 229/1999 che riconosce esplicitamente l'autonomia imprenditoriale dell'azienda ed il suo potere di organizzazione e gestione ad impronta privatistica;
- cogestione regione-università in grado di garantire l'armonico raggiungimento degli obiettivi aziendali, anche attraverso un organo collegiale di indirizzo, nel quale i due enti sono rappresentati nella funzione "unitaria" di pianificazione e controllo.

Questo modello di azienda integrata nasce anche sulla base delle esperienze e delle soluzioni adottate per il Policlinico Umberto I di Roma, che con D.L. n. 343 del 1 novembre 1999, convertito con Legge n. 453 del 31 dicembre 1999, è stato il primo policlinico universitario ad essere stato "chiuso" per essere trasformato in azienda ospedaliero-universitaria.

Per conseguire simili finalità il D.L.vo 517 indica nei protocolli d'intesa regione-università lo strumento principe che deve definire le modalità di integrazione della triplice missione aziendale, in ciò ribadendo ancora una volta l'opzione per un modulo organizzativo a carattere convenzionale, deputato al coordinamento delle complesse funzioni inerenti le aziende sanitarie sede di insegnamento universitario.

Ed i punti di forza enunciati nel "517" sono così riassumibili:

- Partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale
- Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie
- Criteri e parametri di attività
- Personale delle aziende ospedaliero-universitarie
- Organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie
- Criteri per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione
- Collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e degli operatori del S.S.N.
- Compartecipazione delle regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende

La concreta ed omogenea attuazione del 517 è demandata ad atti di indirizzo e coordinamento, il principale dei quali è il DPCM del 24 maggio 2001, contenente le "Linee guida concernenti i protocolli di intesa da stipulare tra regioni ed università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 21 dicembre 1999, n. 517".

## BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. Atti Convegno Internazionale “Integrazione tra Assistenza, didattica, Ricerca nell’Azienda Ospedaliero-Universitaria”, Modena 27/28 marzo 2009, Iniziative Sanitarie ed., marzo 2009
- R. Fatarella, A. Fiore Il Policlinico Universitario in Le leggi dell’Ospedale, Verduci Editore, 2001
- AA.VV., L’Azienda Integrata, Iniziative Sanitarie ed., gennaio 2008
- C. Carbone, F. Lega, A. Prenestini La governance delle Aziende Ospedaliero-Universitarie: perché non funziona, come potrebbe migliorare, in Rapporto OASI 2010, Egea ed, novembre 2010
- S. Cencetti e al., L’aziendalizzazione della sanità, Annali Facoltà di Medicina e Chirurgia Perugia, 1994
- AA.VV. Il nuovo sistema dei rapporti Regione-Università, Bononia University Press, giugno 2006

## **DAL TAVOLO DI BENCHMARKING DELLE AZIENDE OSPEDALIERO UNIVERSITARIE ITALIANE AL PROGETTO MINISTERIALE “ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA DIPARTIMENTALE E INTEGRAZIONE ASSISTENZA-DIDATTICA-RICERCA NELLA PROSPETTIVA DEL GOVERNO CLINICO”**

A distanza di dieci anni dal D.L.vo 517/1999, constatato, per esperienza diretta e comune, che l'integrazione tra Assistenza Didattica e Ricerca, nello specifico italiano di Aziende del SSN integrate con le Università, al fine di supportarne con le attività assistenziali le attività proprie di Didattica e Ricerca, è strada difficile ed ardua da percorrere, ma possibile e necessaria, 18 Aziende Ospedaliero-Universitarie hanno promosso e partecipato, nel corso degli anni 2008 e 2009, ad un tavolo di benchmarking, le cui risultanze sono state discusse in un Convegno Internazionale svoltosi a Modena nei giorni 27 e 28 marzo 2009.

Dei lavori del tavolo di benchmarking e del Convegno si è dato conto con la edizione e pubblicazione degli Atti del Convegno di Modena con uno specifico sito internet [www.integrazioneadr.it](http://www.integrazioneadr.it)

Le Aziende protagoniste del network, per continuare a percorrere il cammino intrapreso hanno proseguito i lavori anche nella seconda parte 2009 e in tutto il 2010, ampliando il numero delle Aziende aderenti, da 18 a 24, operando su tre livelli:

- analisi comparativa delle normative/protocolli attuativi;
- aggiornamento e illustrazione dei dati di benchmarking;
- illustrazione delle buone pratiche presentate al Convegno 2009;

al fine di favorire un ampio confronto e di offrire una prima agenda rielaborata ed applicata alla pratica di soluzioni gestionali ed organizzative e proposte aggregate ai vari livelli con gli interlocutori istituzionali, per promuovere il conseguimento di più avanzati assetti organizzativi, congrui con la Mission delle istituzioni, di cui sono espressione, supportati da una riveduta normativa, coerente e condivisa, ritenuta necessaria a coniugare, nel segno della qualità e dell'efficienza, l'Assistenza, la Didattica e la Ricerca, soprattutto alla luce della attuale riforma universitaria, che riconferma a livello generale la necessità della integrazione tra SSN ed Università e la centralità organizzativa dei Dipartimenti.

Nel corso degli ultimi due anni sul panorama sanitario italiano il Network delle 24 AAOOUU si è confrontato ed integrato con le seguenti iniziative di studio e ricerca commissionati per il tramite ed il coordinamento del Dipartimento Qualità della Direzione Generale Programmazione, Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema:

- CERGAS-Bocconi su ASSETTI DI GOVERNANCE E SCELTE ORGANIZZATIVE DELLE AZIENDE OSPEDALIERO UNIVERSITARIE (prof. Lega)
- Università Cattolica – Roma su ANALISI ORGANIZZATIVA E GESTIONALE DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO NELLA PROSPETTIVA DEL GOVERNO CLINICO (prof. Cicchetti)

Lo studio CERGAS-BOCCONI ha effettuato:

- la mappatura e l'analisi degli ospedali di insegnamento del SSN italiano;
- l'analisi dei protocolli d'intesa Regione Università;
- la comparazione degli ospedali di insegnamento nei principali sistemi sanitari occidentali (GB – F – D – E – CH – ND – USA);
- la realizzazione di case studies nazionali (Federico II NA – S.Orsola BO – AOU PR – AOU UD – AO BS – IRCCS PV – AOU FI – AOU PI);

al fine di analizzare i modelli di governance e di finanziamento degli ospedali di insegnamento. Lo studio CERGAS ha avuto come deadline il mese di ottobre 2009.

Lo studio dell'CATTOLICA si è posizionato in una dimensione di ricerca più ampia avendo come target gli ospedali italiani e quindi non solo quelli di insegnamento, e come obiettivi quelli di analizzare l'assetto organizzativo ed i meccanismi di funzionamento dei dipartimenti ospedalieri, indagando con questionari semi-strutturati rivolti a Direzione generale e Direzione di dipartimento, oltre che al personale:

- il grado di dipartimentalizzazione, articolato a suo volta in grado di decentramento amministrativo e del governo clinico;
- il livello di integrazione organizzativa;
- il livello di standardizzazione dei processi.

Dall'esame dei materiali prodotti con le tre iniziative è stato possibile ricavare una conseguente linea operativa che li coordini e conduca a conclusioni unitarie condivise all'interno del progetto **Organizzazione ospedaliera dipartimentale e integrazione assistenza-didattica-ricerca nella prospettiva del governo clinico** commissionato dal Dipartimento Qualità della Direzione Generale Programmazione, Livelli Essenziali di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema del Ministero della Salute.

**Il progetto ministeriale per l'anno 2010 si è dato i seguenti obiettivi che saranno illustrati nel corso del Seminario del giorno 1 aprile 2011:**

- 1    approfondimento dei rapporti tra lo studio CERGAS ed il lavoro del gruppo Modena, per pervenire ad uno o più documenti tecnici sugli assetti di governo ed organizzativi degli ospedali di insegnamento in Italia, al fine di proporre livelli di miglioramento della normativa nazionale e dei protocolli attuativi regionali, oltre che illustrare buone pratiche di integrazione diffuse in questi anni;
- 2    coordinamento dei due studi precedenti con lo studio CATTOLICA, delineando le principali caratteristiche di una organizzazione dipartimentale ospedaliera virtuosa, funzionale anche agli ospedali di insegnamento e valutando le ricadute dell'integrazione Assistenza Didattica Ricerca sui risultati (performance) dei tre processi primari, mettendo a punto una batteria di indicatori, che consentano di misurare gli effetti della integrazione sui livelli di qualità dell'assistenza, sui risultati della ricerca, sull'efficacia dei processi didattici.

## **ANALISI CRITICA DEI PROTOCOLLI DI INTESA REGIONE UNIVERSITÀ**

Gli Autori hanno a questo riguardo effettuato una analisi critica dei Protocolli di intesa nell'ambito del tavolo di benchmarking "Integrazione Assistenza – Didattica – Ricerca" promosso dalla AOU Policlinico di Modena a partire dall'anno 2008, che ha visto la partecipazione originaria di 18 aziende, poi divenute nel corso degli anni 2009 e 2010 n. 24 aziende ospedaliere universitarie istituite mediante la trasformazione dei presidi ospedalieri nei quali insisteva la prevalenza dei corsi di laurea in medicina e chirurgia, art. 2 comma 2 D.L.vo 517/1999.

L'analisi critica si è avvalsa anche della lettura dello specifico documento AGENAS realizzato dall'allora Azienda per i Servizi Sanitari Regionali nell'anno 2007 su 10 regioni italiane con la collaborazione di Regioni ed Università. L'analisi critica ha l'ambizione di evidenziare punti di forza e punti di debolezza da offrire alla prossima discussione e successiva elaborazione dei protocolli d'intesa previsti dalla Riforma Universitaria 2010.

### **Confronto tra Protocolli di intesa Regioni – Università per le attività integrate: assistenziali, didattiche e di ricerca necessarie per lo svolgimento dei compiti istituzionali delle università**

Nell'elaborazione che segue si intende sviluppare un confronto tra i protocolli Regione-Università i cui testi sono stati forniti dalle 18 aziende che hanno partecipato al tavolo di benchmarking (vedi Tab. 1). Di queste:

- 8 sono aziende ospedaliere-universitarie che hanno superato la sperimentazione ex art. 2, comma 3 del D. Lgs. 517/99;
- 5 sono aziende ospedaliere universitarie integrate con il S.S.N., in fase di sperimentazione ex art. 2, comma 2 lett. a) del D. Lgs. 517/99;
- 5 aziende sono aziende ospedaliere integrate con l'università, in fase di sperimentazione ex art. 2, comma 2 lett. b) del D. Lgs. 517/99.

Dei 13 protocolli solo due, quelli delle Regioni Emilia-Romagna e Veneto, sono stati stipulati tra la Regione e tutte le Università presenti sul territorio regionale, gli altri sono accordi sottoscritti tra la Regione e le singole Università.

L'obiettivo principe del confronto è quello di sintetizzare:

- la coerenza con l'impostazione organizzativa disposta dalla normativa nazionale, DPCM del 24 maggio 2001, di seguito denominato "Linee Guida 2001";
- i punti di forza dei protocolli esaminati, approfondendo le differenze di applicazione della normativa.

Il confronto è fondato esclusivamente sui testi dei protocolli forniti e prescinde da valutazioni su ulteriori accordi intervenuti successivamente sia regionali (ulteriori intese) che aziendali (accordi attuativi e atti aziendali).

Prima di entrare nel merito della trattazione, preme rammentare che le Linee Guida 2001 sono state impugnate da alcune regioni davanti alla Corte Costituzionale in quanto ritenute invasive nella sfera di attribuzioni regionali, a seguito della modifica del Titolo V della Costituzione. La Corte Costituzionale ha dichiarato inammissibili i ricorsi in quanto il DPCM non ha prodotto alcun effetto invasivo, considerata la sua mancata attuazione. Pertanto ne ha riconosciuto la validità attribuendogli però *"carattere di cedevolezza"* rispetto ad una eventuale normazione regionale.

Nonostante la modifica del Titolo V della Costituzione assegni nuove attribuzioni in materia di organizzazione sanitaria alle regioni, lo schema per la stesura dei protocolli d'intesa Regione-Università proposto dal legislatore centrale si rinviene nei 13 protocolli oggetto del confronto. Fa eccezione il protocollo della Regione Piemonte, che, essendo stato sottoscritto nel 2001 in data antecedente all'entrata in vigore delle Linee Guida 2001, presenta un'impostazione che si discosta da quella degli altri.

Nella maggior parte dei casi i protocolli palesano ripetizioni anche letterali del modello nazionale, a discapito di un approccio meno generale che avrebbe consentito di addivenire a soluzioni esplicite alle questioni relative ai rapporti tra Università e S.S.N. Nello specifico i contenuti evidenziano difformità, ascrivibili o alle peculiarità locali o alla differente tipologia organizzativa delle aziende, che si cercherà di evidenziare nella trattazione.

Tabella 1

REGIONE	AZIENDA	TIPOLOGIA ORGANIZZATIVA DELL'AZIENDA
Campania (2 protocolli)	A.O.U. Federico II (Napoli)	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata con il S.S.N.
	A.O.U. Seconda Università degli Studi di Napoli	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata con il S.S.N.
Emilia-Romagna	A.O.U. di Ferrara Arcispedale Sant'Anna	Azienda Ospedaliero-Universitaria
	A.O.U. di Bologna Policlinico S. Orsola - Malpighi	Azienda Ospedaliero-Universitaria
	A.O.U. di Parma	Azienda Ospedaliero-Universitaria
	A.O.U. Policlinico di Modena	Azienda Ospedaliero-Universitaria
Friuli Venezia Giulia	A.O.U. Ospedali Riuniti Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria
Marche	A.O.U. Ospedali Riuniti Umberto I - G. M. Lancisi - G. Salesi	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università
Piemonte	A.O.U. Maggiore della Carità di Novara	Azienda Ospedaliero-Universitaria
	A.O.U. Molinette San Giovanni Battista di Torino	Azienda Ospedaliero-Universitaria
Puglia	A.O.U. Consorziale Policlinico di Bari	Azienda Ospedaliero-Universitaria
Sicilia (3 protocolli)	A.O.U. Policlinico "Gaspere Rodolico" Catania	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata con il S.S.N.
	AOU Policlinico Gaetano Martino di Messina	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata con il S.S.N.
	AOU Policlinico Paolo Giaccone di Palermo	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata con il S.S.N.
Toscana	A.O.U. Careggi (Firenze)	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università
Umbria	Azienda Ospedaliera di Perugia	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università
Veneto	Azienda Ospedaliera di Padova	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università
	Azienda Ospedaliera di Verona	Azienda Ospedaliera Integrata con l'Università

Poiché i protocolli condividono la medesima architettura definita dalle Linee Guida 2001, si individuano quali ambiti di esame, per operare l'analisi comparativa, quelli disciplinati dagli articoli delle Linee Guida, ponendo l'attenzione su quelli ritenuti prioritari, come prima richiamato:

- Partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale
- Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie
- Criteri e parametri di attività
- Personale delle aziende ospedaliero-universitarie
- Organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie
- Criteri per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione
- Collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e degli operatori del S.S.N.
- Compartecipazione delle regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende



## A. Partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale

Secondo l'art. 1 delle Linee Guida 2001, la partecipazione delle università alla programmazione sanitaria regionale relativamente alle strutture e alle attività assistenziali, essenziali alle funzioni sia di formazione di tutti gli operatori del S.S.N. (medico, medico specialista, personale sanitario) sia di ricerca biomedica, si sostanzia su tre livelli differenti (regionale, locale e aziendale):

- la partecipazione alla programmazione regionale mediante il contributo all'elaborazione dei piani sanitari regionali e alla definizione di indirizzi di politica sanitaria e di ricerca (livello regionale);
- la partecipazione alla programmazione attuativa regionale e locale (livello regionale e locale);
- la partecipazione alla programmazione aziendale mediante la definizione di modalità per garantire la programmazione concordata delle attività istituzionali dell'azienda, sede del triennio clinico della facoltà di medicina e chirurgia, e della facoltà medesima (livello aziendale).

Benché tale principio prescrittorio sia contenuto in tutti i protocolli, questi appaiono carenti di modalità operative definite e semplificate per consentire un concreto coordinamento programmatico delle attività. Quasi tutti i protocolli prevedono, per quanto concerne il primo livello di partecipazione, l'acquisizione del parere formale dell'università rispetto ai piani sanitari regionali mediante il silenzio assenso, qualora il parere si intenda espresso in senso positivo. Anche questo meccanismo se da un lato agevola e semplifica la procedura, dall'altro rischia di spogliare il reale apporto che le università possono fornire per una reale integrazione dei propri compiti istituzionali con quelli della regione.

Da segnalare l'istituzione di commissioni paritetiche regione-università per la definizione della programmazione di livello 1 e 2 nei protocolli delle regioni: Campania, Umbria, Sicilia, Puglia. Solo nei protocolli della Regione Sicilia vi è esplicito riferimento alla programmazione concordata di livello 3.

## B. Finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie

Posto il riconoscimento operato da parte di tutte le Regioni che hanno classificato le aziende ospedaliero-universitarie nella fascia dei presidi a più elevata complessità, tutti i protocolli specificano le tipologie di finanziamento delle aziende ospedaliero-universitarie.

In particolare per quanto riguarda il riconoscimento da parte della regione dei maggiori costi indotti sulle attività assistenziali dalle funzioni di didattica e di ricerca, la disposizione, prevista dall'art. 7, comma 2 del D. Lgs. 517/99 e ripresa dalle Linee Guida 2001, è recepita in tutti i protocolli; la Regione Campania rimanda ad un ulteriore atto d'accordo sul finanziamento.

Si evidenzia che la percentuale dei maggiori costi indotti varia da regione a regione, in un range di valori dal 5% all'8% (comprese nell'intervallo delle percentuali indicate dal D.M. 31.07.1997: 3% - 8%). Le Regioni Campania, Marche e Friuli Venezia Giulia non identificano alcuna percentuale (Tab. 2). Si tratta, ad ogni modo, di una percentuale di difficile definizione in quanto non è ricavata da fonti oggettive che possano determinare di quanto debba essere maggiorato il costo di una prestazione in un ospedale di insegnamento.

Solo in alcuni protocolli è prevista la decurtazione dovuta all'apporto del personale universitario come previsto dalla legge (5 protocolli versus 8) (Tab. 2).

**Tabella 2**

<b>REGIONE</b>	<b>PERCENTUALE DEI MAGGIORI COSTI INDOTTI SULLE ATTIVITÀ ASSISTENZIALI DALLE FUNZIONI DI DIDATTICA E DI RICERCA</b>	<b>DECURTAZIONE DOVUTA ALL'APPORTO DEL PERSONALE UNIVERSITARIO (SI'/NO)</b>
<b>Campania</b> (2 <i>protocolli</i> )	da definire	=
<b>Emilia-Romagna</b>	8 %	NO
<b>Friuli Venezia Giulia</b>	da definire	=
<b>Marche</b>	da definire	=
<b>Piemonte</b>	5,5 %	SI'
<b>Puglia</b>	8 %	SI'
<b>Sicilia</b> (3 <i>protocolli</i> )	5 %	NO
<b>Toscana</b>	8 %	SI'
<b>Umbria</b>	6 %	SI'
<b>Veneto</b>	8 %	SI'

## C. Criteri e parametri di attività

Tutti i protocolli recepiscono in modo coerente i contenuti dell'articolo 3 delle Linee Guida 2001, identificando i parametri, per tipologia e volume, delle attività assistenziali essenziali alle attività istituzionali della facoltà di medicina e chirurgia e il dimensionamento delle strutture aziendali in modo da consentire lo svolgimento delle funzioni di didattica e di ricerca del personale universitario.

Si rimanda all'atto aziendale o all'accordo attuativo locale la definizione delle tipologie delle attività assistenziali e l'esplicitazione delle strutture complesse. Solo i protocolli delle regioni Sicilia e Puglia definiscono le tipologie e le strutture, trattandosi di accordi stipulati tra la regione e le singole università, mentre la regione Toscana definisce valori indicativi delle soglie operative per le attività di ricovero da assumere per l'elaborazione dell'atto aziendale.

In tutti i protocolli, per le strutture di degenza, il numero dei posti letto è legato al numero degli studenti iscritti al I anno del corso di laurea in medicina e chirurgia (di norma 3 per ogni studente) e, in un rapporto minore, variabile da regione a regione, al numero degli studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie e dei medici in formazione specialistica. In alcuni protocolli è previsto l'ampliamento del numero dei posti letto a supporto della ricerca biomedica. Da segnalare che si tratta di un parametro che rischia di diventare desueto, considerando che l'evoluzione della medicina e la contrazione della spesa sanitaria mirano ad una riduzione dei posti letto per l'assistenza ospedaliera. Appare, pertanto, più opportuno ragionare sempre più sui volumi prestazionali e sulle casistiche.

Per le attività ambulatoriali il criterio è legato al volume medio di prestazioni che le strutture complesse devono assicurare.

## D. Personale delle aziende ospedaliero-universitarie

Per quanto concerne la gestione del personale universitario integrato, premesso che è materia che necessita di ulteriori interventi regolatori e che quindi dovrà trovare una più compiuta disciplina negli accordi attuativi o in accordi specifici, si pone l'attenzione su alcuni aspetti sanciti dalle Linee Guida 2001:

- il trattamento economico dei professori e ricercatori universitari: tutti i protocolli contemplano l'erogazione del trattamento economico previsto all'art. 6 del D. Lgs. 517/99 (solo il protocollo della regione Piemonte non risulta allineato agli altri), trattamento erogato dall'azienda all'università e da questa al personale docente e ricercatore universitario. Fa eccezione uno dei protocolli campani (Università degli Studi di Napoli Federico II) in base al quale è l'azienda ad attribuire direttamente ai professori l'importo del trattamento economico; in alcuni protocolli risulta comunque non superata l'applicazione della così detta Legge De Maria;
- modalità di gestione del personale tecnico amministrativo integrato: tralasciando di effettuare una ricognizione nei protocolli dell'erogazione del trattamento di equiparazione in quanto l'equiparazione economica di tale personale richiede accordi più specifici, i protocolli risultano carenti per quanto attiene alle indicazioni sui diritti e doveri che il personale tecnico amministrativo universitario deve assumere rispetto allo svolgimento delle attività assistenziali; fanno eccezione i tre protocolli della Regione Sicilia che prevedono l'istituzione di un'apposita commissione di disciplina di composizione mista università-azienda, analogamente a quanto avviene con l'istituzione del Comitato dei Garanti previsto dal D. Lgs. 517/99 per il personale docente e ricercatore;
- attività assistenziali non ordinarie: si affrontano poco o affatto le modalità con cui regolare le attività assistenziali non ordinarie, strettamente correlate alle attività di didattica e di ricerca, del personale ex art. 15 nonies del D. Lgs. 502/92 e succ. m. e i. (personale medico universitario che ha raggiunto il limite massimo di età); salvo i protocolli della Sicilia, della Puglia, della Campania, del Friuli Venezia Giulia e dell'Emilia Romagna che ha stipulato un protocollo ad hoc, nelle altre realtà regionali il tema non è trattato; (tale norma è stata poi superata dalla Legge n. 230/2005 che, ad ogni buon conto, non è stata recepita neanche nei protocolli di sottoscrizione più recente).

Per quanto riguarda il personale del S.S.N. si segnala quanto segue:

- fondi incentivanti: non tutti i protocolli trattano le forme e le modalità di accesso dei dirigenti del S.S.N., che svolgono attività didattica, ai fondi di ateneo di cui all'art. 4, comma 2 della L. 370/99 (fondi incentivanti). La disposizione contenuta nelle Linee Guida 2001 è stata recepita solo nei tre protocolli della regione Sicilia, nel protocollo della regione Marche ed in quello della regione Toscana, mentre il protocollo della regione Piemonte prevede un riconoscimento economico generale per l'attività didattica svolta dal personale del S.S.N.  
Questo rilievo dimostra che il contesto degli accordi pattizi tra regione ed università appare piuttosto debole rispetto alla valorizzazione del personale ospedaliero.

Inoltre si segnalano i seguenti casi particolari:

- i protocolli della regione Campania soffrono della vecchia identità di policlinici universitari. Pertanto la gestione del personale universitario non sembra assoggettata alla normativa in vigore per le aziende ospedaliero-universitarie. In particolare nel protocollo tra regione e Seconda Università degli Studi di Napoli risulta che per l'adempimento dei doveri sia didattici che assistenziali il personale docente e ricercatore risponde alle autorità accademiche, in contrasto con quanto disposto dal D. Lgs. 517/99 (per le attività assistenziali il personale docente e ricercatore risponde al Direttore Generale). Sempre nei protocolli della regione Campania, anche in relazione agli obiettivi del Direttore Generale, si osserva un conflitto tra competenze dell'università e competenze della regione, ravvisando un caso di "prevaricazione" sui poteri regionali. Infatti, in contrasto rispetto a quanto disposto dalla normativa nazionale, gli obiettivi relativi all'attività assistenziale, coerenti sia con la programmazione delle attività didattico - scientifiche della facoltà di medicina e chirurgia sia con la programmazione sanitaria regionale, vengono assegnati dal Rettore al Direttore Generale; finanche i criteri di valutazione dell'attività del Direttore Generale sono definiti dal Rettore.

## E. Organizzazione interna delle aziende ospedaliero-universitarie

Per quanto attiene all'organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie, tutti i protocolli contengono i criteri per l'attuazione dell'organizzazione dipartimentale quale modello ordinario di gestione operativa al fine di assicurare l'esercizio integrato delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

Secondo le disposizioni normative i protocolli devono, tra le altre cose, disciplinare: la composizione dell'organo di indirizzo;

- i criteri e le modalità per l'individuazione delle strutture complesse essenziali alle esigenze di didattica e di ricerca;
- i criteri e le modalità per la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata;
- i criteri e modalità per la definizione dei rapporti funzionali tra dipartimenti assistenziali e universitari.

Per quanto concerne il punto a), un dato comune che emerge dal confronto dei testi è la propensione per il numero massimo, previsto dalla legge, dei membri dell'organo di indirizzo (cinque), garantendo, ad ogni buon conto, una equilibrata composizione.

Nella maggior parte dei protocolli, la composizione prevede un membro designato congiuntamente tra regione e università, due membri di nomina regionale e due di nomina universitaria compreso il Preside della facoltà di medicina e chirurgia. Soltanto il Friuli Venezia Giulia non fissa il numero dei componenti.

Da segnalare:

- la regione Emilia Romagna ha disciplinato gli organi delle aziende ospedaliero-universitarie, tra cui l'organo di indirizzo, con un provvedimento ulteriore rispetto al protocollo di intesa;
- il protocollo della regione Campania prevede una composizione dell'organo di indirizzo con una maggioranza di componenti di nomina universitaria;
- il protocollo della regione Toscana, pur prevedendo una maggioranza di componenti di parte regionale, pare fornire maggiori garanzie nell'assicurare il compito principale che la legge assegna a tale organo, ossia quello di proporre iniziative e misure per assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'università.

A tal riguardo rammentando che il D. Lgs. 517/99 dispone che i componenti siano esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari, pare opportuno osservare che il maggior valore attribuito dalla legge alla competenza potrebbe rappresentare un limite a discapito del ruolo che anche una buona conoscenza della realtà locale potrebbe svolgere per garantire una reale coerenza tra le due programmazioni. La composizione prevista dalla regione Toscana sembra orientata in questa direzione. L'organo, infatti, risulta composto da: il Preside della facoltà di medicina e chirurgia; un membro esperto nominato dalla giunta regionale; l'Assessore regionale alla salute. Partecipano ai lavori dell'organo il Direttore Generale ed il Rettore. Sicuramente una nomina congiunta Regione-Università del membro esperto avrebbe garantito un equilibrio maggiore.

Singolare risulta la denominazione che l'organo di indirizzo assume nel protocollo della regione Umbria: organo di garanzia. Dal punto di vista semantico questa denominazione sposta il ruolo e la natura dell'organo aziendale: da organo consultivo e propositivo che partecipa ai processi decisionali dell'azienda a organo di garanzia e controllo anche con funzioni di organo arbitrale.

Per quanto riguarda i punti b) e c) i protocolli esaminati assolvono gli obblighi previsti dalle Linee Guida 2001 e dal D. Lgs. 517/99, individuando nel dipartimento ad attività integrata il modello organizzativo da adottare al fine di garantire l'integrazione tra le attività assistenziali, di didattica e di ricerca.

Il dipartimento ad attività integrata deve essere organizzato come centro unitario di responsabilità e di costo in modo da garantire, nel rispetto delle risorse finanziarie assegnate mediante il procedimento di negoziazione del budget, l'unitarietà della gestione, l'ottimale collegamento tra assistenza, didattica e ricerca e la flessibilità operativa come prescritto dall'art. 3, comma 5 del D. Lgs. 517/99. La composizione del dipartimento ad attività integrata in strutture complesse, semplici e programmi, in ottemperanza alla normativa, si rinviene in tutti i protocolli come in tutti i protocolli sono previste oltre ai dipartimenti ad attività integrata altre tipologie di dipartimento: dipartimenti assistenziali, dipartimenti funzionali, dipartimenti gestionali e dipartimenti universitari. In alcuni protocolli è indicato nel numero di tre il numero minimo di strutture complesse di cui deve comporsi un dipartimento ad attività integrata.

Non sono trattati, invece, nei protocolli i criteri e le modalità per la definizione dei rapporti funzionali tra dipartimenti ad attività integrata, dipartimenti assistenziali e dipartimenti universitari. Nei protocolli in cui vi è accenno a tali rapporti organizzativi e funzionali (protocolli Campani e protocollo Pugliese) vi è un rimando ad altri regolamenti o all'atto aziendale.

In nessun protocollo è previsto il superamento dei dipartimenti universitari ma si parla di sovrapposizione (protocollo regione Puglia) o corrispondenza (protocolli regione Campania) tra i dipartimenti ad attività integrata e dipartimenti universitari.

## F. Criteri per l'adozione dell'atto aziendale e di rilevanti atti di gestione

In tutti i protocolli sono richiamati i principi indicati dalla normativa nazionale in merito alla definizione dei criteri per l'adozione dell'atto aziendale e dei fondamentali atti di gestione aziendale. Vengono fissati in modo più o meno esaustivo, con formulazioni pressoché analoghe, i principali contenuti organizzativi dell'atto aziendale: costituzione, organizzazione e funzionamento dei dipartimenti ad attività integrata, procedure di nomina e revoca degli incarichi di direzione di dipartimento ad attività integrata e di struttura complessa a direzione universitaria, modalità di nomina del comitato dei garanti ex art. 5, comma 14 del D. Lgs. 517/99, regolamentazione dei beni e delle risorse patrimoniali.

Per quanto concerne l'acquisizione del parere preventivo dell'università da parte dell'azienda rispetto ai piani attuativi locali del piano sanitario regionale, ai piani e programmi pluriennali di investimento, al bilancio economico preventivo e al bilancio di esercizio solo in cinque regioni essa è espressamente prevista. In particolare si osserva nei protocolli approvati dalle regioni Campania, Toscana, Marche e Puglia come l'atto aziendale debba prevedere una partecipazione di un rappresentante dell'amministrazione universitaria nella delegazione trattante per le materie che possono avere ricadute sull'organizzazione del lavoro universitario nonché una partecipazione congiunta delle organizzazioni sindacali universitarie ed ospedaliere al tavolo di relazioni sindacali con l'azienda. Anche il protocollo della regione Piemonte si preoccupa di tutelare la partecipazione universitaria mediante l'istituzione di un'istanza di relazioni sindacali.

La scelta operata da queste regioni si ispira all'opportunità della presenza della componente universitaria in tutti gli organismi aziendali il cui ruolo investe anche il personale universitario.

## G. Collaborazione per la formazione dei medici in formazione specialistica e operatori del S.S.N.

Le sintetiche disposizioni di principio disciplinate dalle linee guida che regolano la collaborazione tra regione e università per la formazione universitaria degli specializzandi e degli operatori del S.S.N. sono recepite in tutti i protocolli con un rimando ad ulteriori accordi tra gli Enti.

E' degna di particolare attenzione, nella maggioranza dei protocolli, la possibilità offerta alle università di usufruire, ai fini della formazione, di altre strutture sanitarie diverse dalle aziende di riferimento. L'assetto normativo nazionale, recepito dagli accordi regionali, ha in tal modo individuato una risposta equilibrata volta a conciliare il carattere centripeto del S.S.R. con le proiezioni culturali extraregionali proprie del sistema della formazione.

## H. Compartecipazione delle regioni e delle università ai risultati di gestione delle aziende

I protocolli esaminati ricalcano in modo pedissequo i contenuti indicati nell'art. 10 delle Linee Guida 2001, senza indicazioni in merito a:

- modalità di compartecipazione della regione e dell'università ai risultati di gestione per quote percentuali;
- modalità per concordare appositi piani di rientro poliennali in caso di risultati finanziari negativi nella gestione dell'azienda;
- modalità di partecipazione della regione e dell'università alle procedure di monitoraggio della gestione economico-finanziaria.

In alcuni protocolli per tali tematiche vi è un rimando all'atto aziendale o all'accordo attuativo locale. Ma l'assenza di indicazioni operative in tutti i protocolli, disattendendo la disposizione nazionale, non ha prodotto, a quanto consta, alcun accordo locale in materia.

Giova, comunque, osservare come il protocollo del Veneto abbia previsto, all'interno di eventuali organismi di controllo di gestione, un esperto designato dall'università. Tale scelta non sembra azzardata considerato che la corresponsabilizzazione sui risultati di gestione economico-finanziaria si esplica anche mediante una compartecipazione alle procedure di monitoraggio.

## Conclusioni

Il raffronto dei tredici protocolli regione-università evidenzia la diffusa propensione a ricalcare in modo pedissequo la normativa nazionale.

Compito dei protocolli, nell'allora innovato contesto dei rapporti tra università e S.S.N., avrebbe dovuto essere quello di individuare strumenti idonei e modalità efficaci per contribuire in modo effettivo all'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

A questo si aggiunge che la riforma del Titolo V della Costituzione, rinnovando il quadro delle competenze delle regioni attribuendo ad esse autonomia in materia di organizzazione della sanità, avrebbe dovuto consentire di intervenire e regolare, anche mediante i protocolli d'intesa, quanto non espressamente previsto dalla normativa nazionale.

In realtà nessun protocollo presenta novità di particolare rilievo rispetto a quanto disciplinato dal legislatore statale né per quanto concerne il primo aspetto su indicato, né per quanto concerne il secondo.

Inoltre la tendenza, comune a tutti i protocolli, ad operare rimandi continui ad ulteriori accordi regionali o locali, non sembra rappresentare una determinazione ad innovare o a regolare con maggiore puntualità tematiche già trattate da fonti di rango superiore, e neanche uno strumento per garantire autonomia e discrezionalità alle aziende sanitarie negli ambiti propri. Appare piuttosto un evidente sintomo della difficoltà a definire e modellare le disposizioni di principio statali.

Quanto appena messo in luce è sicuramente l'aspetto che maggiormente emerge dal confronto delle differenti esperienze regionali.

Ed è proprio tale aspetto che dovrebbe spingere verso un'impostazione condivisa tra chi gestisce concretamente l'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca, non solo per quanto concerne le indicazioni operative ma anche per quanto riguarda gli obiettivi fissati dall'organo di direzione politica delle singole regioni.

Il coinvolgimento diretto e la partecipazione attiva delle aziende ospedaliero-universitarie nelle decisioni che conducono alla realizzazione del sistema integrato possono essere sorgente di idee guida, in quanto esse sole rappresentano gli interessi più forti connessi all'integrazione e ne vivono i bisogni.

Pertanto, un vero fattore di originalità potrebbe essere costituito dalla possibilità di adottare e di disciplinare, all'interno dei protocolli, modelli comuni di organizzazione e funzionamento delle aziende ospedaliero-universitarie, più rispondenti alle esigenze di integrazione, pur preservandone la flessibilità di contestualizzazione a livello locale, e dalla possibilità di sviluppare soluzioni alle problematiche connesse ai rapporti tra università e S.S.N., mettendo a frutto l'interscambio di esperienze.

Queste forme di coordinamento tra le aziende ospedaliero-universitarie su scala nazionale potrebbero portare da un lato a rafforzare e migliorare la potestà legislativa delle regioni e dall'altro ad adattare i modelli e le connesse modalità operative all'evoluzione dei rapporti tra il sistema della tutela della salute ed il sistema della formazione.

## I DATI DEL TAVOLO DI BENCHMARKING

L'attività di benchmarking ha previsto la compilazione da parte delle Aziende aderenti di una scheda

analitica, strutturata attorno alle seguenti variabili:

- la carta d'identità dell'Azienda: tesa a rilevare i principali elementi istituzionali, normativi e dimensionali dell'Azienda
- il modello organizzativo: dipartimenti, strutture complesse e semplici, programmi, regolamenti interni
- pianificazione e budgeting: a livello dip.le, di struttura complessa, natura degli obiettivi
- programmazione operativa delle attività: modalità per tradurre piani in programmi
- misura dei risultati dell'integrazione: indicatori di processo/struttura per misurare il livello di integrazione, indicatori di risultato per misurare gli effetti dell'integrazione
- buone pratiche a sostegno dell'integrazione
- rapporti con la Facoltà di Medicina e Chirurgia per la didattica: corsi di laurea attivati, personale ospedaliero coinvolto nella didattica
- rapporti con la Facoltà di Medicina e Chirurgia per la ricerca: personale ospedaliero coinvolto in programmi di ricerca, modalità di monitoraggio dei risultati
- rapporti con la Facoltà di Medicina e Chirurgia: procedure gestionali a supporto dell'integrazione
- rapporti con l'Università: convenzioni, relazioni formalizzate

Relativamente al 2009 si è provveduto a richiedere alle aziende di aggiornare il database già realizzato in riferimento all'anno 2008. La stessa tipologia di item è stata proposta alle aziende che hanno aderito al progetto ADR a partire dall'anno 2009. Si è venuto così a configurare un insieme di 24 aziende per 18 delle quali è stato possibile operare un confronto con le risultanze dell'indagine dell'anno precedente, mentre per le nuove adesioni è stato possibile confrontarsi con le aziende già inserite. Nella tabella seguente sono riportate tutte le aziende partecipanti al network ADR.

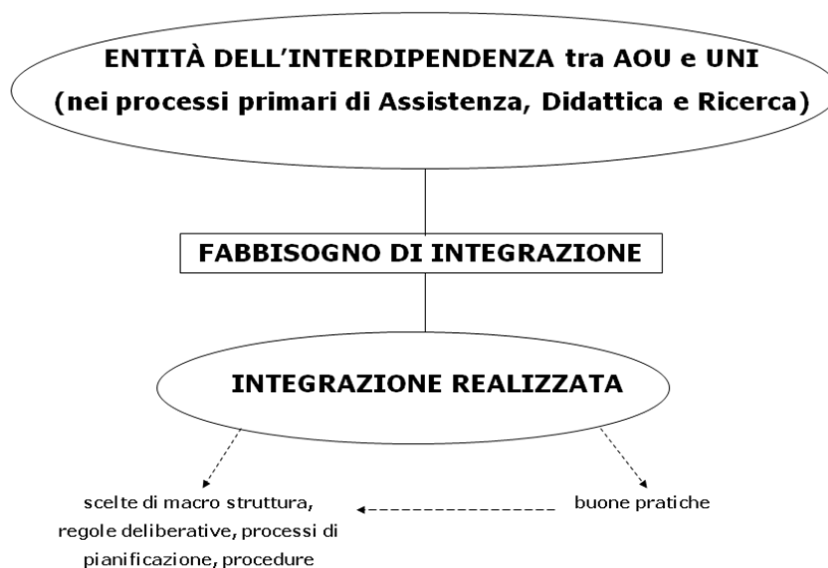
2008	2009
AOU di Foggia	AOU di Foggia
AOU di Modena Policlinico	AOU di Modena Policlinico
AOU di Bologna policlinico S.Orsola Malpighi	AOU di Bologna policlinico S.Orsola Malpighi
AOU Ospedali Riuniti di Trieste	AOU Ospedali Riuniti di Trieste
AO di Padova	AO di Padova
AOU Careggi di Firenze	AOU Careggi di Firenze
AOO San Giovanni Battistadi Torino	AOU San Giovanni Battistadi Torino
AOU Ospedale Policlinico Consorziale di Bari	AOU Ospedale Policlinico Consorziale di Bari
AOU Ospedali Riuniti di Ancona	AOU Ospedali Riuniti di Ancona
AOU di Perugia	AOU di Perugia
AOU di Catania	AOU di Catania
AOU di Novara	AOU di Novara*
AOU di Verona	AOU di Verona
AO di Napoli - Federico II	AO di Napoli - Federico II*
AOU della seconda Università di Napoli	AOU della seconda Università di Napoli
AOU di Ferrara	AOU di Ferrara
AOU di Parma	AOU di Parma
AOU di Messina	AOU di Messina
	AOU Udine
	AOU di Tor Vergata
	AUO di Genova S. Martino*
	AOU di Cagliari*
	AOU di Sassari*
	AOU di Catanzaro*
*Non pervenuti i dati del 2009	

Tabella 1

La scheda individua variabili oggetto di comparazione tra le Aziende, sulla base dell'ipotesi che alcune caratteristiche strutturali e dei processi di organizzazione e di realizzazione delle attività di assistenza didattica e ricerca istituzionali, se presenti, possano essere assunte come indicatori di processo e di struttura in grado di fornire informazioni sul livello di integrazione raggiunto in ciascuna Azienda partecipante al tavolo di benchmarking.

**La proposta interpretativa di correlazione fra i dati emersi prevede la definizione di indicatori per misurare l'entità dell'interdipendenza e dell'integrazione formale realizzata, in coerenza con la teoria organizzativa di mainstream, secondo la quale all'aumento della complessità e della differenziazione dell'ambiente corrisponderebbe un incremento di soluzioni organizzative volte all'integrazione. Nella teoria dell'organizzazione**

- il termine *interdipendenza* qualifica le situazioni in cui due o più corsi d'azione, nel loro svolgersi e/o nel loro risultato, dipendono da altri corsi d'azione. La presenza di interdipendenza genera necessità di *coordinamento* attraverso regole, programmi, mutuo adattamento (Thompson, 1967).
- il significato del termine *integrazione* è stipulato in coppia con il termine *differenziazione* da Lawrence&Lorsch (1967), in una ricerca fondativa pubblicata con il titolo *Organizations and their environments: managing differentiation and integration* e da allora punto di riferimento della teoresi organizzativa di *mainstream*: in risposta alla complessità dell'ambiente, cui deve adattarsi, l'organizzazione si differenzia al suo interno in sottosistemi (o unità organizzative, ciascuna a presidio di una porzione di ambiente) i quali devono conseguentemente integrarsi al fine di conseguire i risultati organizzativi. L'integrazione è quindi definita dagli autori come qualità della relazione esistente tra le funzioni che l'ambiente rende necessarie al fine del raggiungimento di obiettivi convergenti ("the quality of the state of collaboration that exists among departments that are required to achieve unity of effort by the demands of the environment"). Gli autori individuano diversi meccanismi di integrazione formale, dalla gerarchia, ai ruoli trasversali, ai gruppi interfunzionali permanenti. Nel senso comune, e nel linguaggio del legislatore, il termine è utilizzato come sinonimo di coordinamento.





Tutte queste aziende, e le aziende ospedaliere universitarie in generale, sono caratterizzate dal fenomeno della interdipendenza e cioè, dalla imprescindibile necessità del contributo delle istituzioni partner per raggiungere i rispettivi obiettivi di mission, vale a dire per il servizio sanitario regionale l'attività di assistenza che non si eroga senza il contributo determinante del personale universitario e per le facoltà di medicina delle università le funzioni della didattica e della ricerca che non si esplicano senza il contributo determinante del personale del servizio sanitario regionale.

Nei grafici che seguono sono riportati i tassi di interdipendenza per singole funzioni/processi primari e un grafico con un indicatore sintetico della interdipendenza generale. Tra le principali evidenze più significative preme segnalare:

- La dipendenza dall'università delle strutture del SSR per l'erogazione delle attività assistenziali nel 2009 risulta sostanzialmente stabile (vedi grafico 1). Tale risultato è comunque negativamente influenzato dalle difficoltà delle università italiane a garantire il turnover del personale docente e a mantenere quindi il contributo alle attività assistenziali tramite tale tipologia di personale.

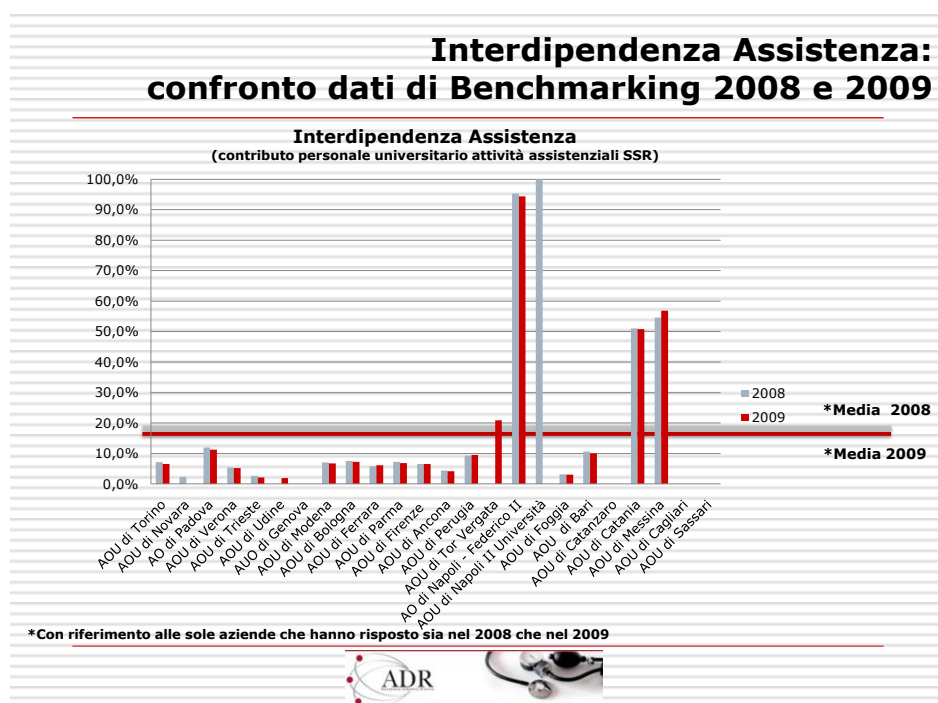


Grafico 1

- L'entità della dipendenza dell'università dal personale del SSR per assolvere le funzioni/processi primari di didattica e ricerca è sia nel 2008 che nel 2009 superiore all'entità della dipendenza del SSR dall'università per assolvere alla funzione/processo primario dell'attività assistenziale (vedi grafico 2 e 3 ). L'entità delle sopracitate dipendenze è così ampia da poter affermare che buona parte del personale del SSR è ordinariamente dedito alle funzioni di didattica ex cathedra e tutoriale e a quelle di ricerca clinica applicata. In questo senso si conferma come l'interdipendenza sia premessa di integrazione sul piano funzionale prima ancora che sul piano dell'organizzazione dell'attività.

## Interdipendenza Ricerca: confronto dati di Benchmarking 2008 e 2009

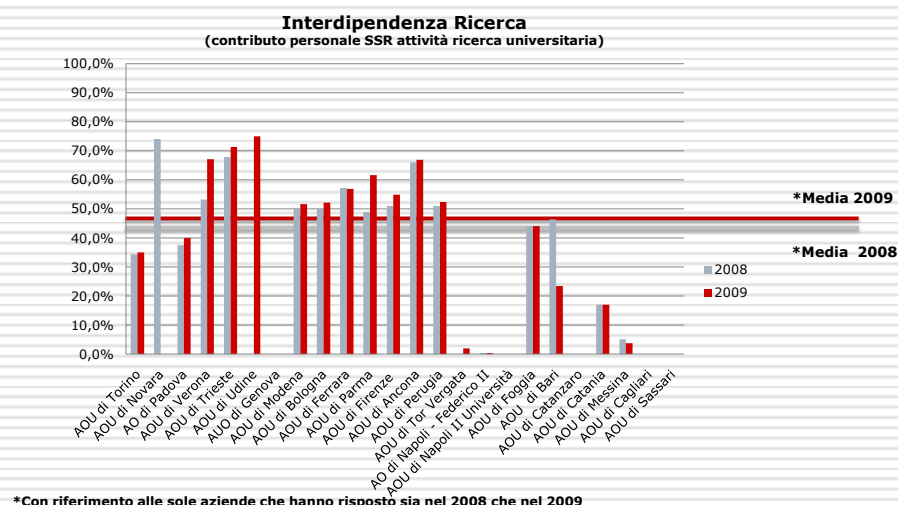


Grafico 2

## Interdipendenza Didattica: confronto dati di Benchmarking 2008 e 2009

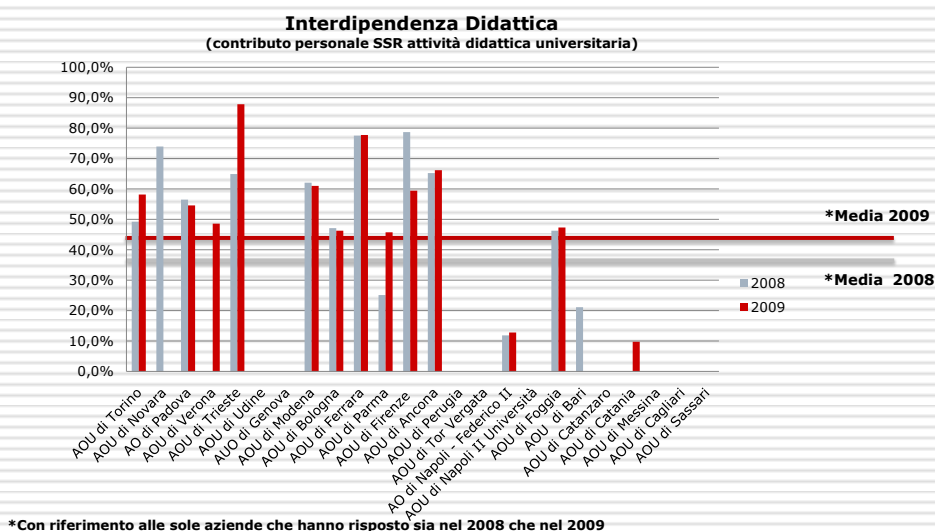


Grafico 3

- L'entità dell'interdipendenza per quanto attiene alla didattica ed alla ricerca crescono nel 2009 rispetto al 2008. Parimenti cresce l'indicatore sintetico di interdipendenza (vedi grafico 4).

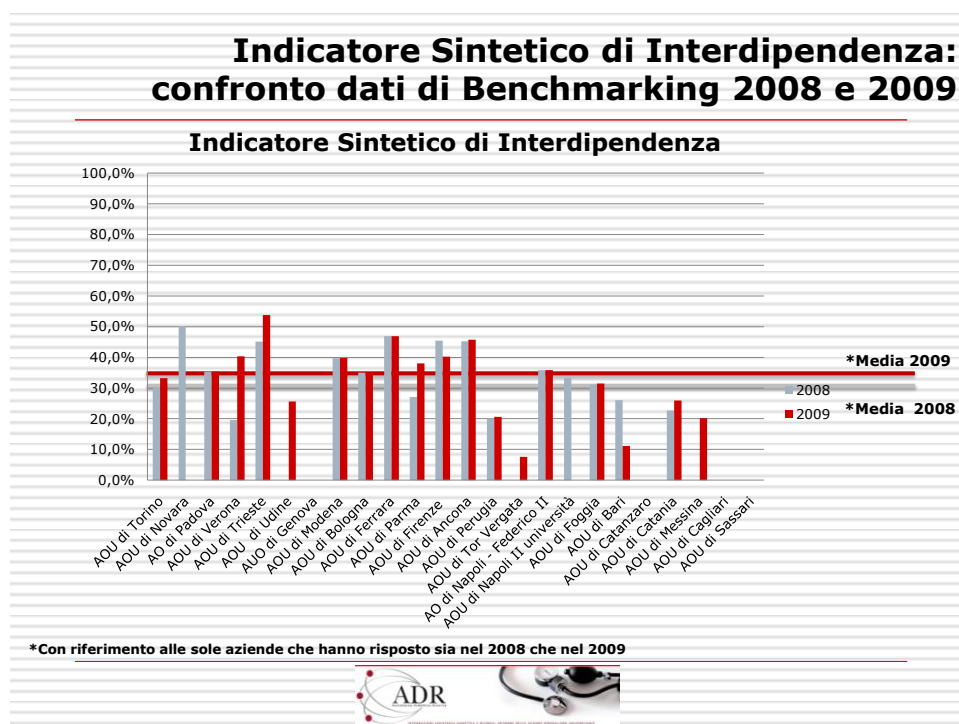


Grafico 4

A fronte dell'entità dell'indicatore sintetico di interdipendenza fra le due istituzioni l'esigenza della integrazione nella gestione dei processi primari è oggettivamente ineludibile.

L'elemento che caratterizza l'interdipendenza tra istituzioni, facoltà di medicina dell'università degli studi e aziende ospedaliere del servizio sanitario regionale la cui esistenza peraltro è prevista dalla normativa corrente, è il Dipartimento ad attività integrata.

La norma prevede che tale dipartimento possa coesistere con i dipartimenti universitari o meglio possa, fatte salve le specifiche autonomie e la mission universitaria, essere sede unitaria anche delle attività di coordinamento dipartimentale specifica della facoltà di medicina o dell'ente università.

Tra le numerose varianti fatte oggetto di indagine si prende pertanto la organizzazione dipartimentale come proxy della presenza di un fenomeno di integrazione interistituzionale e tra processi primari a vari livelli di realizzazione.

È preliminarmente da sottolineare che la rilevazione di fenomeni che indichino un incremento di integrazione come su delineata è segno che il progetto ADR basato sulla scambio di dati e buone pratiche (dal benchmarking al benchlearning) ha contribuito alla promozione dello sviluppo organizzativo nelle aziende aderenti. Ciò premesso è da confermare un miglioramento del quadro della diffusione dipartimentale delle aziende aderenti al progetto nel confronto 2008-2009.

Nel 2009 (vedi grafico 5) sono state rilevate sei aziende che hanno dichiarato di essere organizzate esclusivamente con dipartimenti ad attività integrata a fronte delle quattro del 2008. In particolare ci si riferisce alle due aziende ospedaliere universitarie del Friuli Venezia Giulia che si aggiungono alle aziende di Modena Ancona Perugia e Ferrara.

A questo gruppo si aggiungono nel 2009 le AA.OO di Padova, Novara e Napoli Federico II e nel contempo si registra la riduzione da 4 a 2 delle aziende che non hanno istituito i DAI.

## Dipartimenti distribuzione per tipologia confronto 2008/2009

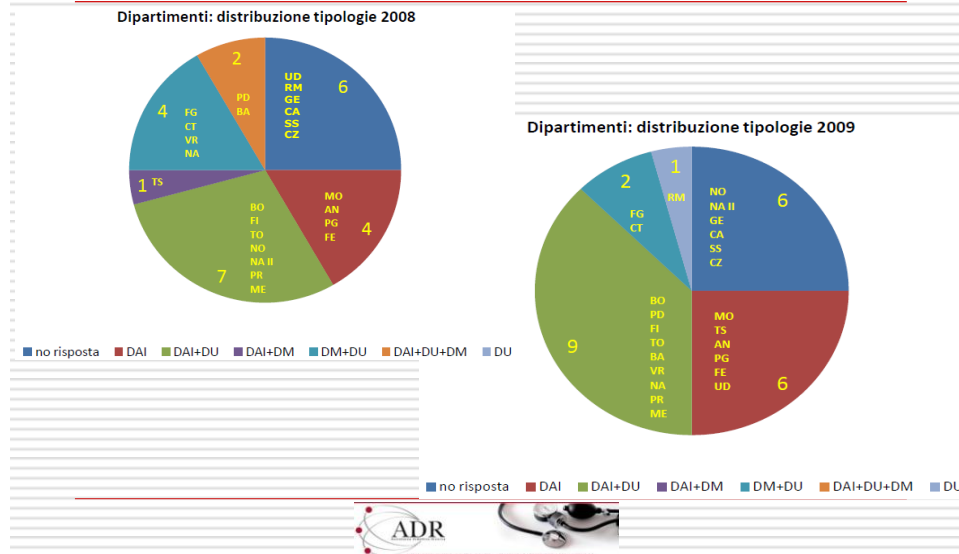


Grafico 5

La dimensione dell'integrazione tra istituzioni e tra processi primari è stata indagata in relazione all'esistenza di protocolli attuativi a livello regionale, alla previsione nella mission aziendale, all'obiettivo dell'integrazione fra ADR, all'esistenza di rapporti formalizzati con altre facoltà della stessa università di riferimento o anche con altre facoltà di altre università.

L'insieme di questi item è stato raggruppato con la dizione "integrazione della governance". Tale integrazione (vedi grafico 6) risulta in generale abbastanza alta e in incremento come valore medio fra le aziende già presenti nel 2008. Il fatto che molte aziende abbiano raggiunto il 100% del valore target attesta che tale obiettivo è relativamente non complesso da conseguire. Va però tenuto conto che esso è prerequisito necessario per il conseguimento dell'integrazione sul piano del "management" e delle "procedure", che come vedremo più avanti si sono attestati su valori percentuali inferiori a testimonianza della loro difficoltà

## Misura Integrazione Governance: confronto dati di Benchmarking 2008 e 2009

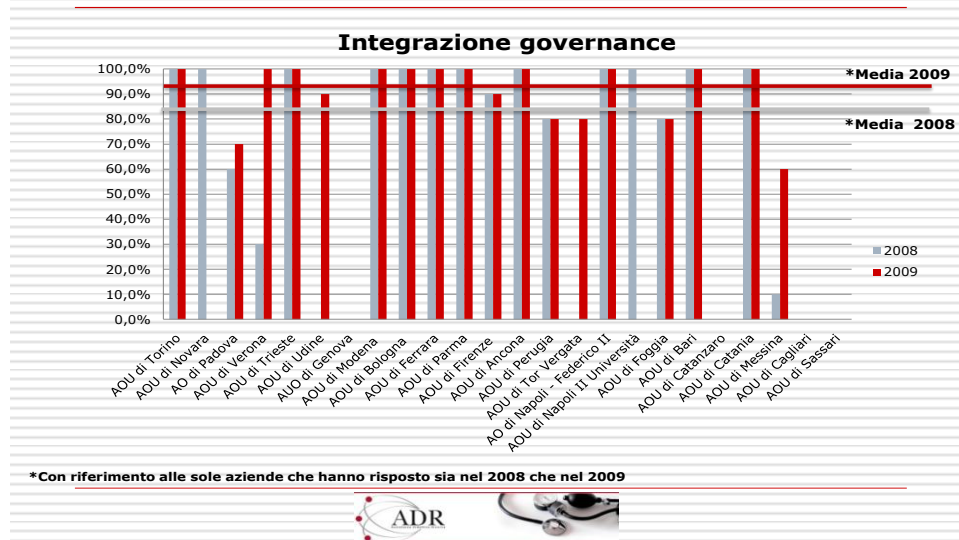


Grafico 6

Con la dizione “integrazione del management” si è inteso richiamare l’insieme dell’attivazione dell’organizzazione dipartimentale ad attività integrata (regolamento di funzionamento, organigrammi funzionali, etc. etc.) e dell’integrazione delle funzioni di supporto legate alle attività di didattica e formazione (formazione base, post base, specializzandi, ECM) e di ricerca clinica.

In conformità con l’andamento dell’attivazione dei dipartimenti ad attività integrata sopra illustrata, anche in relazione all’integrazione del management, si rileva un incremento (vedi grafico 7) della media 2009, circa 61% rispetto alla media 2008, circa il 51%.

Si segnala il caso dell’AOU di Verona che realizza un importante miglioramento rispetto all’anno precedente a seguito della formale istituzione dei DAI.

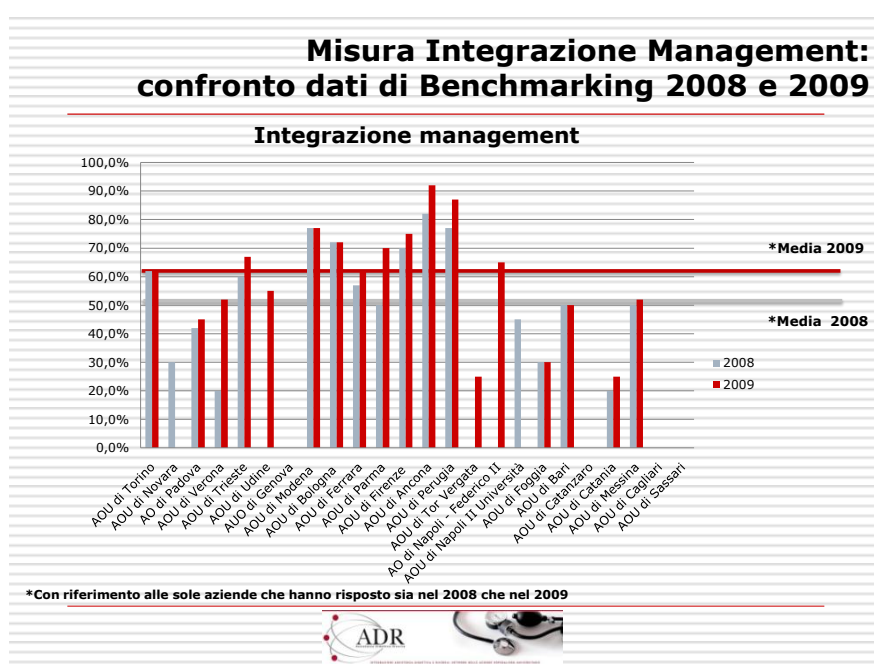


Grafico 7

Con la dizione “integrazione delle procedure” si è fatto riferimento sia all’insieme delle attività di standardizzazione riferibili alla valutazione degli incarichi e delle prestazioni, alla definizione degli obiettivi di budget ed alla tempistica del monitoraggio del loro conseguimento, sia alla gestione condivisa di attività e servizi non sanitari di supporto, quali ad esempio, la programmazione e controllo, l’URP, la gestione integrata di gare d’appalto, la mappatura della proprietà e del possesso degli immobili, le funzioni di SPP, l’acquisizione e la manutenzione di apparecchiature elettromedicali a parziale ricaduta assistenziale, le attività amministrative dipartimentali, l’ICT.

A dimostrazione della difficoltà nel trasferire l’integrazione nell’ambito dei processi operativi su richiamati, la percentuale media di conseguimento nel 2008 si attesta al 40% e cresce nel 2009 ma non supera il 50% (vedi grafico 8)

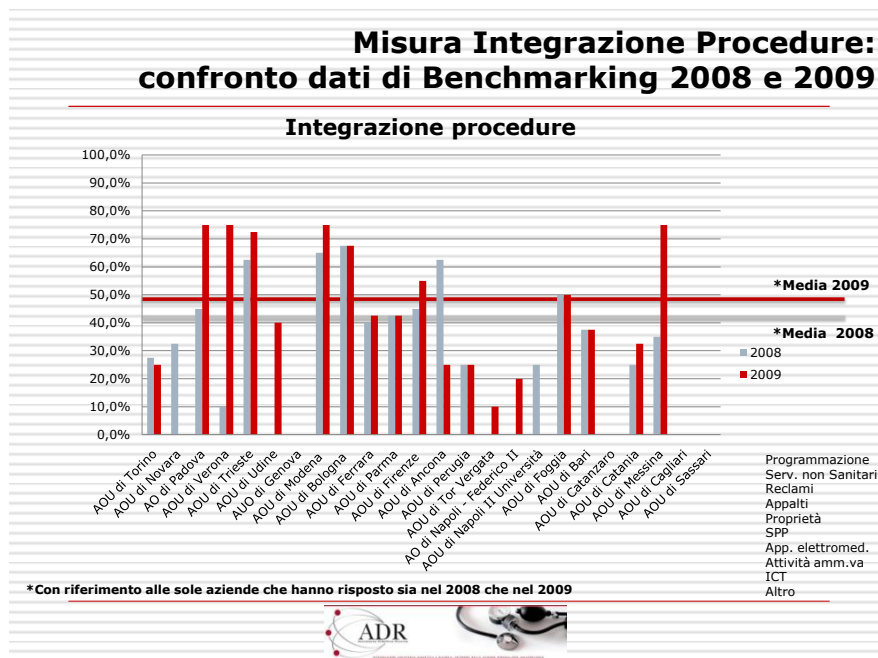


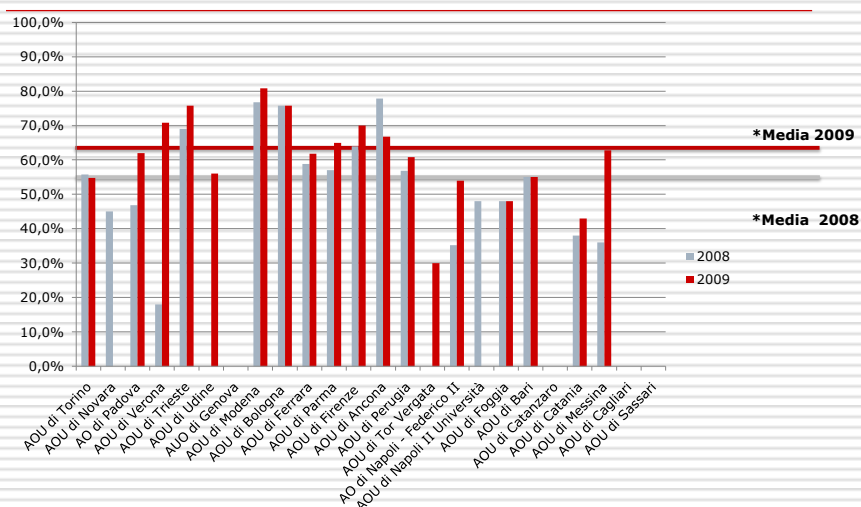
Grafico 8

La sommatoria pesata delle tre dimensioni di integrazione prima presentate (governance 20%, management 40%, procedure 40%), è stata assunta quale indicatore sintetico di integrazione.

Tale indicatore ovviamente dà indicazioni indubitabilmente approssimate ma certamente significative sia di quanto fino ad oggi è già stato conseguito sia di quanto rimane ancora da fare.

Coerentemente con quanto già rilevato precedentemente anche l'indicatore sintetico mostra un andamento incrementale dal 54% circa del 2008 al 63% circa rilevato nel 2009 (vedi grafico 9). Il decremento della misura dell'integrazione del 2009 rispetto al 2008 in alcune aziende è indice della necessità di un assestamento e perfezionamento dei sistemi di misurazione dei livelli di integrazione. Peraltro l'incremento dell'integrazione fra il 2008 e il 2009, anche per quelle aziende che avevano rilevato percentuali importanti di integrazione, dimostra che in tale ambito il miglioramento seppur più faticoso è comunque possibile.

## Misura sintesi Integrazione: confronto dati di Benchmarking 2008 e 2009



\*Con riferimento alle sole aziende che hanno risposto sia nel 2008 che nel 2009



Grafico 9

Le stesse informazioni rivengono dal grafico n.10 che enfatizza la dimensione anche “volitiva” del percorso realizzato e da realizzare per raggiungere il livello massimo di integrazione.

## Indicatore Sintetico di Integrazione 2008 - 2009: “distanza dal bersaglio”

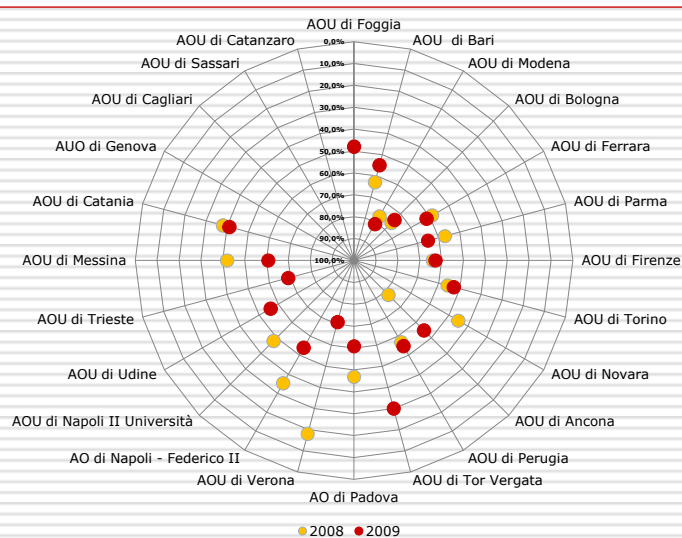


Grafico 10

In conclusione le rilevazioni sopra esposte relativamente all'interdipendenza e all'integrazione nelle aziende aderenti al network indicano nel 2009 un generale incremento non solo dell'interdipendenza, rispetto alla quale non si può non citare le succitate difficoltà a garantire il turnover del personale docente e conseguentemente il tendenziale incremento della sua dipendenza dal SSR per assicurare le funzioni/processi primari di didattica e di ricerca, ma anche un incremento della integrazione come espresso dal relativo integratore sintetico che conferma:

- l'inevitabile progressione verso l'integrazione espressa soprattutto dall'attivazione dei DAI
- il ruolo positivo, garantito dal network delle AA.OO.UU, che l'attività di benchmark fra le aziende svolge in termini di promozione e supporto per lo sviluppo dell'integrazione fra SSR ed università non solo nella dimensione della governance ma soprattutto in quello del management e delle procedure.



## LE BUONE PRATICHE

Nell'ambito delle attività di benchmarking è stato deciso di raccogliere dalle AOU partecipanti al Tavolo, le buone pratiche realizzate, con particolare riferimento all'obiettivo dell'integrazione, in modo da consentire a tutte le Aziende di mettere in comune casi e soluzioni di successo.

Il termine Best Practice è ormai entrato nel nostro spazio idiomatrico. Si può affermare che con Best Practice si intende una tecnologia o un metodo del quale si sostiene l'efficacia sulla base dei risultati ottenuti in esperienze precedentemente compiute. Le migliori pratiche possono quindi essere definite come raccolta di esempi opportunamente formalizzati in regole che possono essere riproposte, con eventuali opportuni confronti e adattamenti.

Il concetto di Best Practice è infatti parte del più generale processo di Benchmarking, metodo di valutazione tecnico-economica, consistente nel misurare la produttività di tutto o parte del sistema di un'impresa o più in generale di un intervento operativo in un qualsiasi settore. In altre parole, si tratta di un processo di confronto al fine di identificare, comprendere e adattare pratiche particolarmente significative (riconosciute appunto come Best Practice o high performance) messe in atto da altre organizzazioni, al fine di migliorare le prestazioni della propria attività.

Tale soluzione è utilizzata soprattutto nel settore della dell'amministrazione pubblica, della sanità, dell'information technology."

### Le fasi del processo di Benchmarking

Decidere su "cosa" applicare il processo di benchmark	Analizzare il processo nella propria organizzazione	Identificare i partner	Raccogliere le informazioni	Analizzare le informazioni	Implementazione	Monitorare e confrontare i risultati
---	---	------------------------	-----------------------------	----------------------------	-----------------	--------------------------------------

Fonte: Bengt Karlof and Svante Ostblom, *Benchmarking: A Signpost to Excellence in Quality and Productivity* (New York: John Wiley & Sons, 1993).

La Best Practice normalmente contiene:

- Uno stralcio della "Practice Description"
- L'elenco degli "Work Product" (processi, servizi) gestiti o prodotti nell'ambito della Best Practice considerata
- Le eventuali "Sub-Practice" previste per ciascuna Best Practice, nel caso che la Best Practice considerata richieda una ulteriore qualificazione delle attività che la caratterizzano
- Il riferimento alla funzione aziendale che ha la responsabilità delle attività previste dalla Best Practice.
- Un commento di un esperto di metodologie sulle possibili criticità connesse alla gestione delle attività che caratterizzano la Best Practice

A tal proposito, può essere utile considerare le seguenti domande, nel processo di analisi e valutazione dell'impatto delle Best Practices:

- quali cambiamenti possono essere messi in essere nel modo più efficiente dal punto di vista economico?
- quali cambiamenti possono essere messi in essere nel modo più efficiente dal punto di vista dei tempi?
- Quali cambiamenti possono produrre i risultati attesi nel più breve tempo possibile?
- Quali cambiamenti possono produrre le minori resistenze nell'organizzazione?
- Quali cambiamenti possono produrre le minori resistenze nel contesto di riferimento (politico-normativo, socio-culturale, tecnologico ecc.)?

Dal punto di vista delle "chiavi del successo" nella implementazione di un processo di Benchmarking e nell'utilizzo delle Best Practices, la letteratura prevalente tende a sottolineare l'importanza dei seguenti elementi:

- - integrare nel processo di analisi gli attori coinvolti dalla pratica dall'inizio
- - chiarire le basi del commitment degli attori stessi
- - identificare modalità di "formalizzazione e riconoscimento" dei risultati raggiunti

Per facilitare la redazione del documento descrittivo delle buone pratiche sono state preparate e condivise alcune **linee guida** che consentissero di garantire una sufficiente omogeneità dei diversi contributi.

Per buona-pratica, nell'ambito di questo progetto, abbiamo inteso una soluzione organizzativa-gestionale funzionale alla corretta integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca, redatta in forma di case history e così articolata:

- 1) **Breve descrizione del contesto aziendale** (tipo e numero di dipartimenti, personale complessivo, ospedaliero e universitario e del contesto organizzativo nel quale la pratica si è sviluppata (dipartimento/i integrato o misto o assistenziale, unità operativa semplice o complessa coinvolte, personale ospedaliero e universitario)
- 2) **Descrizione della pratica**  
breve descrizione del "problema/opportunità" da cui è originata la pratica
  - a. descrizione del processo seguito per progettare e sviluppare la pratica, con specifica indicazione dell'eventuale process owner (cioè dell'attore individuale o collettivo, interno e/o esterno che ha guidato il processo stesso) e dei soggetti coinvolti (e loro ruolo)
  - b. descrizione dei miglioramenti conseguiti
    - nei processi primari (assistenza, didattica, ricerca; e quindi a prescindere dalla integrazione); con indicazione di eventuali considerazioni sull'impatto economico della pratica (ad esempio, i costi sostenuti per l'implementazione);
    - nell'integrazione dei processi primari (momenti-luoghi-eventi in cui si concretizza/osserva l'integrazione ADR)
- 3) **Considerazioni conclusive** (lezioni apprese, eventuale potenzialità di "esportabilità" della pratica, altre implicazioni). Sono state raccolte più di quaranta buone pratiche, non tutte strettamente finalizzate a sviluppare integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca, ma tutte di grande interesse per le soluzioni realizzate.

Gli abstract delle buone pratiche sono stati pubblicati nei pre atti del Convegno internazionale "Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca nelle Aziende Ospedaliere Universitarie: opportunità e vincoli per il Servizio Sanitario Nazionale e per l'Università" organizzato a Modena il 27 e 28 marzo 2009.

La raccolta, la pubblicazione e la diffusione delle buone pratiche ha consentito alle AOU coinvolte nel progetto, ma anche ad altre, di disporre di casi e soluzioni realizzate da altre aziende e di segnare il passaggio da una fase di Benchmarking ad una, più avanzata, di Benchlearning.

## ASSETTI ISTITUZIONALI

*In questa sessione si prende in considerazione il tema dell'integrazione tra Assistenza Didattica e Ricerca al livello dei rapporti tra differenti istituzioni (azienda sanitaria, università, regione) e delle scelte di indirizzo strategico-organizzativo dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria.*

L'Atto Aziendale	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste</i>
Relazione tra Comitato di Indirizzo e Direzione Generale: l'esperienza di Ferrara	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara Arcispedale sant'Anna</i>
Il Collegio di Direzione	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S. Orsola Malpighi</i>
Difficoltà attuative del trattamento economico-giuridico del personale universitario nelle aziende ospedaliero-universitarie (Dlgs 517/97)	<i>Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi – Salesi di Ancona</i>
La ricerca sanitaria all'interno di una Azienda Ospedaliero-Universitaria	<i>Staff per la Ricerca, Agenzia Sanitaria e Sociale Regione Emilia Romagna</i>
Accordo attuativo sulla Formazione Specialistica	<i>Staff "Ricerca innovazione Governo clinico e Valutazione della performance sanitaria" Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna Policlinico S.Orsola Malpighi</i>
Comitato per la ricerca clinica indipendente	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia</i>
L'integrazione Azienda Università nella programmazione annuale per budget	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena</i>

## ASSETTI DI MANAGEMENT DELLE ATTIVITA' DI ASSISTENZA DIDATTICA E RICERCA

In questa sessione si prende in considerazione il tema dell'integrazione tra Assistenza Didattica e Ricerca analizzando le soluzioni gestionali-organizzative che si concretizzano sia a livello di struttura dipartimentale integrata che di pratiche innovative sviluppate per mezzo dell'integrazione di differenti professionalità e competenze.

### *a. Soluzioni Manageriali a servizio dell'integrazione*

Modello gestionale pluridisciplinare aperto per patologia vascolare	Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi – Salesi di Ancona
La didattica tra ricerca ed assistenza: sfide e ruoli nel processo di integrazione	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Integrazione delle due equipe ospedaliera e universitaria nell'Unità di Terapia Intensiva	Azienda Ospedaliera di Perugia
Problemi ed opportunità di integrazione tra ricerca di base ed assistenza clinica	Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
Organizzazione ed erogazione di trattamenti dialitici notturni in collaborazione tra le due Strutture Complesse di Nefrologia e Dialisi	Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia
Analisi critica di un tentativo di integrazione nell'ambito del Dipartimento di Emergenza – Urgenza	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
Progetto Formativo sugli strumenti della Clinical Governance e gli indicatori di eccellenza nell'ambito dell'assistenza, della didattica e della ricerca	Azienda Ospedaliera-Università di Padova
Analisi critica di un tentativo di integrazione di un Dipartimento Materno-Infantile	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
La certificazione della Scuola di Specialità in Pediatria come modello innovativo di integrazione tra i processi di assistenza, didattica e ricerca	Azienda Ospedaliera-Università di Padova

### *b. Buone Pratiche ad elevata intensità di integrazione*

Le malformazioni congenite a livello dell'arto superiore: le premesse per dei percorsi integrati su scala regionale nazionale ed internazionale	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
Definizione di profili diagnostici di laboratorio	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico "Gaspere Rodolico" di Catania
I protocolli diagnostico-terapeutici dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste	Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste
Progetto aziendale di sorveglianza delle infezioni associate alle pratiche assistenziali	Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi – Salesi di Ancona
L'originalità delle attività di medicina preventiva nel dipartimento assistenziale di clinica medica	Azienda Ospedaliero – Universitaria di Napoli Federico II
Progetto di miglioramento per l'appropriatezza d'uso del plasma e dei plasmaderivati	Azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti Umberto I – Lancisi – Salesi di Ancona
L'implementazione di un nuovo test diagnostico: integrazione di Ricerca Didattica e Assistenza, un esempio di buona pratica in Medicina di Laboratorio	Azienda Ospedaliero – Universitaria di Napoli Federico II
Progetto di integrazione di assistenza-didattica- ricerca in campo reumatologico e cardiologico	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
La gestione del rischio in sala operatoria: un esempio di utilizzo della macrosimulazione applicata alla didattica e alla ricerca	Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna
Progetto di studio multidisciplinare delle pneumopatie nei pazienti con malattie reumatiche	Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

## LE ATTIVITA' TECNICO AMMINISTRATIVE DI SUPPORTO A FAVORE DELL'INTEGRAZIONE

In questa sessione si prende in considerazione il tema dell'integrazione tra Assistenza Didattica e Ricerca focalizzando l'attenzione sulle scelte gestionali e organizzative riguardanti le attività che forniscono supporto in termini di risorse e competenze tecnico-amministrative ai processi primari dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria

Dalla normativa nazionale alla realtà locale: la realizzazione dei Dipartimenti ad Attività Integrata tra Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena ed Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena</i>
Nuovi modelli gestionali per la valorizzazione delle funzioni del personale ospedaliero ed universitario	<i>Azienda Ospedaliero-Università di Padova</i>
Il sostegno all'integrazione attraverso lo sviluppo delle conoscenze biomedicali e dell'innovazione tecnologica	<i>Azienda Ospedaliero-Università di Padova</i>
L'integrazione dei processi gestionali: il Settore Metodi e Progetti di Ricerca e il Settore Lauree delle Professioni Sanitarie	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni Battista di Torino</i>
La contrattualizzazione dei docenti universitari conferiti in assistenza	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Foggia</i>
Implementazione di un sistema di misura della performance	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti di Trieste</i>
Ridefinizione del riconoscimento dell'attività didattica	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze</i>
Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca: l'Attività Sviluppo Professionalità	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena</i>
Integrazione tra Assistenza, Didattica e Ricerca: il Servizio Ricerca e Innovazione	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena – Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma</i>
Il Dipartimento Tecnico e delle Tecnologie quale strumento per lo sviluppo e il supporto dei processi primari delle aziende ospedaliero-universitarie	<i>Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena</i>

## IL PIANO DI LAVORO 2011

L'organizzazione delle aziende ospedaliero-universitarie: integrazione, apprendimento e processi. Le ricadute dell'integrazione sulle performance dei processi assistenziali, di didattica e di ricerca

I risultati del lavoro svolto nel 2010 ha consentito di configurare gli obiettivi e delineare un piano di lavoro per lo sviluppo del progetto nell'anno 2011.

Obiettivi del progetto per l'anno 2011 sono:

- A. l'approfondimento delle ricadute degli assetti di *governance* sull'integrazione tra processi di assistenza, didattica e ricerca;
- B. lo studio delle ricadute dell'integrazione e della dipartimentalizzazione sulle performance sanitarie;
- C. l'elaborazione di linee guida per la progettazione organizzativa dipartimentale orientata al governo clinico.

Con riferimento al primo obiettivo (A), va evidenziato che gli assetti di *governance* delle AOU vedono la compresenza di diversi soggetti che, a vario titolo, prendono decisioni di carattere strategico che incidono sul funzionamento dell'azienda e dei suoi dipartimenti.

Conseguentemente, l'approfondimento si articola in due parti.

La **prima parte** mira ad analizzare il funzionamento sostanziale degli organi e organismi di *governance* delle AOU per verificare anche l'efficacia nell'orientare all'integrazione di assistenza, didattica e ricerca. Operativamente, il piano di lavoro si articola in tre fasi:

a) Analisi:

- della letteratura internazionale e della documentazione istituzionale sui *teaching hospital* nei principali sistemi sanitari occidentali (Gran Bretagna, Stati Uniti, Germania, Francia, Svizzera, ecc.) al fine di evidenziare i modelli di *governance* e i rapporti con gli *stakeholders*. La metodologia può anche prevedere *field visit* in teaching hospital dei maggiori Paesi europei per analizzare sul campo gli assetti di *governance* e organizzativi che favoriscono l'integrazione tra ADR.
- della normativa nazionale, regionale (es. protocolli d'intesa) e aziendale (es. atti aziendali, regolamenti aziendali) con riferimento ai principali organi/organismi collegiali deputati al governo strategico dell'AOU al fine di valutarne il ruolo, la composizione e i principali meccanismi di funzionamento cercando di evidenziare eventuali differenze tra le regioni.

○

b) Verifica:

- dello stato di applicazione delle normative;
- del funzionamento sostanziale di questi organi/organismi di *governante*.

A tal fine si prevede la somministrazione di un questionario e la conduzione di alcuni *case studies*.

Il questionario mira ad indagare le seguenti due dimensioni di analisi:

- la struttura organizzativa e di processo dell'organo di *governance*, ricercando le informazioni necessarie a costruire un quadro complessivo della struttura degli organi e le modalità attraverso le quali assolvono ai loro compiti (anno di istituzione, composizione, grado di partecipazione agli incontri da parte dei membri, presenza di strutture di supporto al funzionamento dell'organo, presenza di professionisti esterni);
- argomenti trattati dall'organo di *governance*, proponendo una gamma di tematiche di possibile competenza (es. bilancio, formazione e integrazione con l'università, gestione delle risorse umane, sistemi di programmazione e controllo) a partire dall'analisi delle attività previste dalla normativa di riferimento

La selezione dei *case studies* avverrà sulla base di vari criteri: la quantità di informazioni utilizzabili, la disponibilità dei teaching hospital a partecipare alla ricerca, la significatività delle strutture in termini quantitativi (es. dotazione di posti letto, personale ecc.) e qualitativi (es. citazioni in letteratura). Si tratta di un "campionamento per casi intensi" (Fattore, 2005) per cui si selezionano "oggetti di indagine" speciali che siano per qualche ragione ricchi di materiale informativo (...).

- c) stesura risultati ed elaborazione di proposte di modelli di *governance* con un focus group di esperti del settore per trarre delle conclusioni utili agli accademici, ai decisori politici e ai manager stessi.

La **seconda parte** mira ad analizzare la formazione delle scelte strategiche aziendali per evidenziare l'apporto dei diversi stakeholders alla definizione delle strategie delle AOU. Tale seconda parte si articola operativamente in tre fasi:

- a) Selezione di un campione di aziende all'interno del Network ADR attraverso il "campionamento per casi intensi" (Fattore, 2005).
- b) Analisi e selezione di una serie di scelte qualificabili come strategiche realizzate o in corso di realizzazione per ognuna delle aziende all'interno del campione.
- c) Interviste semistrutturate ai key players delle scelte strategiche per ricostruire i fattori e gli attori che hanno influenzato la formazione delle strategie.

Con riferimento al secondo obiettivo (B), lo studio del rapporto tra integrazione e dipartimentalizzazione e performance avverrà secondo il seguente piano di lavoro:

**a) Misura delle performance** (sulla base del Glossario degli Indicatori messo a punto nel 2010)

- Per le AOU:
  - Raccolta dei dati di performance dei processi assistenziali, di didattica e di ricerca attraverso gli indicatori condivisi dalle 24 AOU del Network
  - Elaborazione di indici sintetici di performance (per ciascuno dei tre processi e complessivo di AOU);
- Per le Aziende Sanitarie:
  - Raccolta dati di performance delle aziende del campione Siveas, declinati a livello dipartimentale;
  - Elaborazione di un indice sintetico di performance assistenziale dipartimentale.

**b) Interpretazione dei dati**

- Per le AOU: analisi di correlazione tra i risultati di performance di ADR e i livelli di integrazione formale rilevati con la scheda 2010
- Per le Aziende Sanitarie:
  - analisi di correlazione tra i risultati di performance e gli score di dipartimentalizzazione risultanti dalle analisi 2010.
  - analisi di correlazione tra i risultati di performance e gli score di employee satisfaction di medici e infermieri risultanti dalle analisi 2010.
  - analisi di correlazione tra i risultati di performance e gli score di attitudine manageriale dei medici così come risultanti dalle analisi 2010.

**c) Affinamento dell'Indice di Integrazione e approfondimento del rapporto tra integrazione e performance**

- Individuazione di alcune AOU "best performer"
- Analisi delle AOU "best performer" finalizzata all'individuazione di dimensioni di integrazione organizzativa ulteriori rispetto a quelle rilevate attraverso la scheda di benchmarking 2009/2010;
- Elaborazione di un nuovo Indice di Integrazione, comprendente anche le nuove dimensioni di integrazione organizzativa così individuate;
- Analisi pilota di correlazione tra i risultati di performance di ADR ed i livelli di integrazione come rilevati attraverso il nuovo Indice, limitatamente alle AOU "best performer";
- Estensione dell'analisi (integrazione e correlazione integrazione-performance) a tutte le AOU del Network.

Con riferimento al terzo obiettivo (C), l'analisi delle evidenze raccolte e l'approfondimento delle correlazioni tra parametri di progettazione organizzativa dipartimentale e la performance permetteranno di avere un quadro relativamente chiaro circa il contributo che i diversi modelli organizzativi sono in grado di dare ai risultati operativi dei dipartimenti. Sarà possibile, quindi, procedere alla selezione di alcuni criteri guida per il processo di dipartimentalizzazione che posti a revisione attraverso il contributo del gruppo ADR potrebbero rappresentare un contributo alle scelte regionali ed aziendali. Operativamente, l'attività si articolerà in tre fasi:

- sintesi degli indici di correlazione e isolamento dei parametri di progettazione critici (integrazione, standardizzazione e decentramento);
- predisposizione di un "modello di riferimento" sulla base dei tre parametri di progettazione;
- discussione ed affinamento della proposta nell'ambito del gruppo ADR integrato con il gruppo di ricerca Cattolica e il gruppo di ricerca Bocconi;
- elaborazione di un documento finale.

ASSETTI DI GOVERNANCE DELLE AZIENDE OSPEDALIERE  
UNIVERSITARIE (AOU) ED INTEGRAZIONE DELLE ATTIVITA' DI  
ASSISTENZA, FORMAZIONE, RICERCA

**Gruppo di lavoro SDA, Università Bocconi:  
Federico Lega, Clara Carbone, Anna Prenestini**

## **Assetti di governance delle aziende ospedaliere universitarie (AOU) ed integrazione delle attività di assistenza, formazione e ricerca**

Di seguito si presentano sinteticamente obiettivi, metodologia e risultati dell'attività svolta all'interno della linea di ricerca SIVEAS «Assetti di *governance* delle aziende ospedaliere universitarie (AOU) ed integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca». I risultati analitici sono riportati nel Report finale «Assetti di *governance* delle aziende ospedaliere universitarie (AOU) ed integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca ».

### Obiettivi della ricerca

La linea di ricerca si compone di diversi filoni di ricerca, che riguardano:

1. la ricognizione dei modelli di governance dei *teaching hospital* dei principali sistemi sanitari occidentali;
2. la mappatura e l'analisi dei *teaching hospital* del SSN italiano;
3. la definizione di alcuni modelli di riferimento per gli assetti di *governance* ed organizzativi dei *teaching hospitals* italiani.

Riguardo al primo filone di ricerca, la ricerca propone un confronto sui modelli di *governance* dei *teaching hospital* dei principali sistemi sanitari occidentali: Inghilterra, Francia, Germania, Spagna, Svizzera, Paesi Bassi, USA e Italia.

In particolare, per ciascun Paese analizzato sono stati affrontati i seguenti aspetti:

1. la presentazione delle caratteristiche dei *teaching hospital* e il loro inquadramento nell'ambito della struttura e dell'organizzazione di ciascun sistema sanitario, allo scopo di rilevare i modelli generali di *governance* e di finanziamento;
2. l'analisi delle modalità organizzative con cui si realizzano la *governance* e l'integrazione delle funzioni di ricerca, didattica e assistenza all'interno di alcuni *teaching hospital* oggetto di studio.

Il secondo filone di ricerca ha previsto un approfondimento sulle caratteristiche dei *teaching hospital* del SSN italiano, articolato nei seguenti obiettivi:

1. la mappatura delle diverse tipologie *teaching hospital* all'interno del SSN italiano.
2. l'analisi del sistema di regole che guidano il funzionamento dei *teaching hospital*, in particolare le Aziende Ospedaliere-Universitarie, in relazione al "modello" disegnato dalle normative nazionali (D.lgs 517/99) e dai protocolli d'intesa Regione-Università.

Alla luce dei risultati ottenuti dai primi due filoni di ricerca sono state elaborate delle ipotesi di modelli di riferimento per la progettazione organizzativa e per la costruzione degli assetti di governance delle Aziende Ospedaliere-Universitarie. Tali ipotesi sono state discusse e validate all'interno di un *focus group* composto da esperti (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e dirigenti degli staff di diverse AOU provenienti da varie Regioni italiane), organizzato presso il CERGAS - Università Bocconi.

---

<sup>1</sup> In questa sede si utilizzerà le denominazioni "*teaching hospital*" o "ospedali d'insegnamento" per definire gli ospedali che si occupano non solo dell'erogazione di assistenza sanitaria ma anche delle funzioni di didattica e di ricerca.



## Primo filone di ricerca

### *1. Modelli generali di governance e finanziamento dei teaching hospital nei principali sistemi sanitari occidentali*

#### *Obiettivo e metodologia della ricerca*

Il primo obiettivo del primo filone di ricerca mira a comprendere i principali meccanismi di *governance* e di finanziamento dei *teaching hospitals* di alcuni tra i maggiori Paesi industrializzati. In particolare, la scelta dei Paesi (Francia, Germania, Paesi Bassi, Regno Unito, Spagna, Svizzera e Stati Uniti) è stata effettuata sulla base del criterio della “massimizzazione dell’eterogeneità” (Fattore, 2005), in modo tale da coinvolgere nello studio contesti anche molto differenziati tra loro in quanto a caratteristiche dei rispettivi sistemi sanitari.

Per ciascun contesto nazionale analizzato, vengono dapprima analizzate le regole generali del sistema sanitario, e in seguito sono indagate le caratteristiche specifiche dei *teaching hospitals*, correlate dalla presentazione di un *case-study* al fine di comprendere meglio l’organizzazione di tali strutture ospedaliere.

La metodologia di ricerca si basa sull’analisi della letteratura e della documentazione istituzionale.

L’analisi della letteratura è stata svolta tramite l’ausilio di motori di ricerca generali e specifici, banche dati elettroniche e consultazione delle maggiori riviste scientifiche internazionali di management sanitario. L’esame della documentazione istituzionale è stato, invece, realizzato tramite un’attività di ricerca bibliografica (sia tradizionale che *on line*) e attraverso la consultazione di siti internet istituzionali (relativi a Ministeri della Salute, singoli ospedali scelti come *case study*, ecc.), con riferimento ai vari Paesi presi in considerazione.

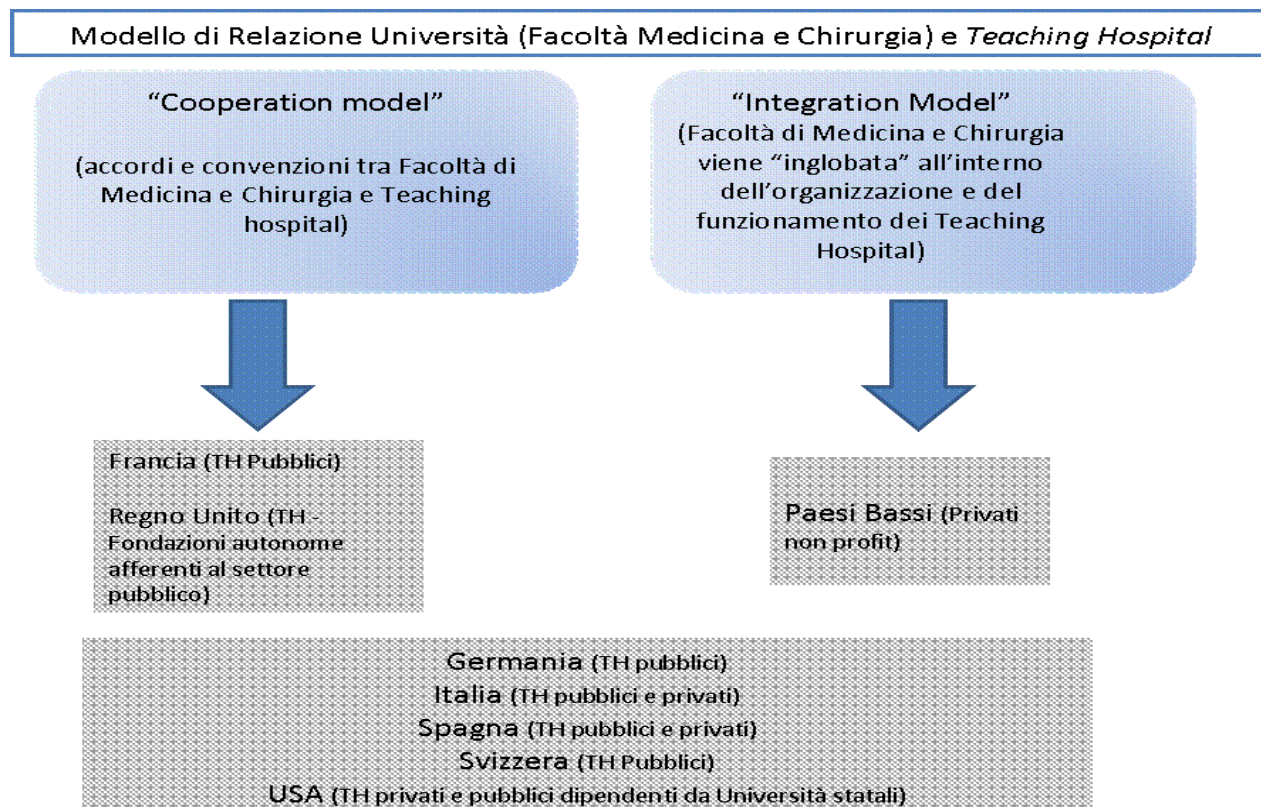
#### *Risultati*

Nel quadro internazionale dei principali sistemi sanitari occidentali, emergono due modelli con riferimento ai rapporti Università - *Teaching hospital* (Figura 1):

- il *cooperation model* in cui l’ospedale e la Facoltà di Medicina sono strutturalmente indipendenti e regolano l’attività sulla base di accordi;
- l’*integration model* in cui la Facoltà di Medicina è pienamente integrata nell’ambito del *teaching hospital* influenzando una serie di processi decisionali e prevedendo la presenza dei suoi membri negli organi istituzionali.
- 

Da un punto di vista giuridico, i *teaching hospital* sono prevalentemente pubblici con una presenza di privati in USA e in maniera limitata in Italia e Spagna. Nei Paesi Bassi i *teaching hospital* sono delle organizzazioni non profit.

Figura 1 Relazione Università – *Teaching Hospital*



Riguardo al finanziamento dei *teaching hospitals* (Figura 2 e Figura 3), tutti i casi Paese analizzati presentano una distinzione tra il finanziamento per l'attività assistenziale, generalmente rimborsata in base alle regole del sistema sanitario del Paese, e i fondi destinati alle attività di didattica e ricerca per le quali si prevede l'assegnazione di un budget globale allocato da soggetti diversi a seconda dell'assetto istituzionale di ciascun Paese. In generale si riscontra la tendenza nell'utilizzo da parte dei *teaching hospital* di un finanziamento per la ricerca e la didattica proveniente dall'ambito universitario e da soggetti pubblici di livello centrale (ad esempio, il Ministero dell'Educazione nei Paesi Bassi, l'*Institut National de la Santé et de la Recherche Medicale* in Francia) o territoriale (ad esempio, le Regioni nel caso Italiano; i Lander nel caso tedesco).

Figura 2 Modalità di finanziamento dell'attività assistenziale dei *Teaching Hospital*

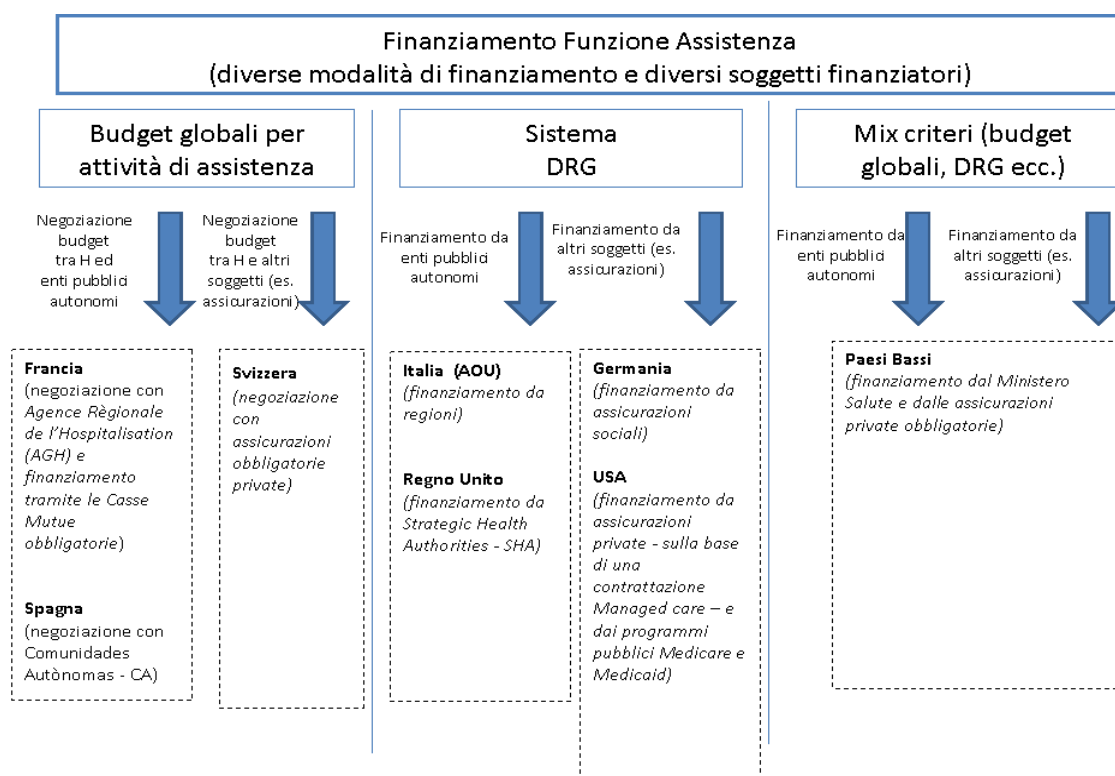
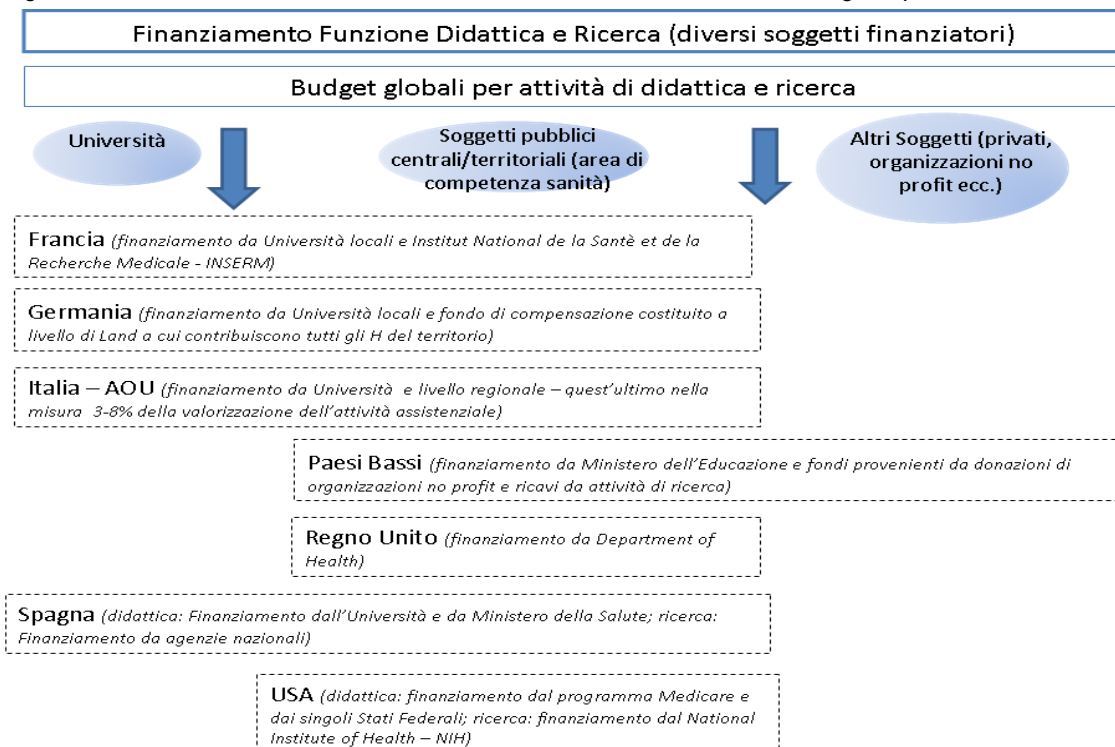


Figura 3 Modalità di finanziamento dell'attività di ricerca e didattica dei *Teaching Hospital*



## 2. *Analisi dei modelli organizzativi e di governance dei teaching hospitals: multiple case studies*

### *Obiettivo e metodologia della ricerca*

L'obiettivo di questa parte della ricerca consiste nel verificare la presenza di una convergenza, a livello internazionale e nazionale, rispetto alle scelte relative agli assetti di *governance* ed organizzativi degli ospedali d'insegnamento. In altri termini, si vuole indagare se vi sia o meno una tendenza generale verso una maggiore autonomia decisionale dei livelli intermedi (in particolare dei Dipartimenti) rispetto al tradizionale accentramento decisionale da parte vertici aziendali.

Nello specifico, la ricerca ha valutato se alcune tipologie di decisioni strategiche per il *teaching hospital* (ad es. responsabilità su sistemi di pianificazione, programmazione e controllo, scelte sul reclutamento del personale o investimenti in tecnologie innovative, ecc.), rientrino nella sfera decisionale dei dipartimenti (o altri livelli che si possono definire "intermedi") piuttosto che della direzione strategica.

Oltre a questa domanda di ricerca "principale", nel corso del lavoro si è cercato di comprendere anche altri aspetti riguardanti i *teaching hospitals*, e in particolare quelli relativi al ruolo dell'Università (per capire quale sia l'influenza di questo soggetto e, nello specifico, della Facoltà di Medicina e Chirurgia, all'interno dei processi decisionali degli ospedali d'insegnamento), ai metodi utilizzati per integrare le funzioni di assistenza, ricerca e didattica, alla rilevanza decisionale e alla responsabilizzazione delle diverse categorie professionali.

Per rispondere alla domanda di ricerca, l'analisi è stata svolta principalmente tramite l'utilizzo di un questionario, strumento ritenuto adeguato per una serie di motivi, relativi principalmente alle difficoltà di indagare l'organizzazione interna degli ospedali d'insegnamento (soprattutto per quanto riguarda il contesto internazionale) dalla documentazione istituzionale. Quest'ultima risulta spesso non esaustiva o di difficile comprensione, oltre a mostrare gli aspetti formali ma che talvolta non corrispondono a quelli sostanziali del funzionamento reale dei *teaching hospitals*.

Il questionario in oggetto (riportato negli allegati 1 e 2 del report finale) è stato inviato ad una serie di *teaching hospitals*. I *case studies* sono stati selezionati tra i maggiori ospedali di insegnamento afferenti ai Paesi scelti. Tale selezione è avvenuta sulla base di vari criteri, quali la quantità di informazioni utilizzabili, la disponibilità dei *teaching hospitals* a partecipare alla ricerca, la significatività delle strutture in termini quantitativi (ad esempio, posti letto e personale) e qualitativi (citazioni in letteratura, ecc.). Per sintetizzare, e riprendendo la classificazione utilizzata da Fattore (2005), si può parlare in questo caso di "campionamento di casi intensi"<sup>2</sup>.

Per la parte internazionale, ad esclusione di Regno Unito e Paesi Bassi, tutti i Paesi considerati nel precedente capitolo presentano almeno un caso. Per la parte nazionale, hanno risposto al questionario otto ospedali di insegnamento italiani. In sintesi, hanno risposto al questionario: un ospedale spagnolo e uno francese, due tedeschi, due svizzeri e due americani, e otto italiani. I *case studies* sono stati divisi in due cluster: *teaching hospitals* italiani e *teaching hospitals* internazionali.

Il questionario somministrato agli ospedali di insegnamento scelti quali casi di studio è stato ideato in maniera "semi-strutturata", con la presenza di domande sia aperte che a risposta multipla. Al fine di garantire una maggiore attendibilità delle risposte, la costruzione del questionario ha previsto la predisposizione di più domande sullo stesso concetto, affrontandolo secondo prospettive parzialmente diverse o chiedendone specificazioni sulle caratteristiche. In tal modo, attraverso una lettura incrociata delle risposte, si è cercato di garantire l'affidabilità delle indicazioni fornite e, conseguentemente, l'eliminazione di una possibile ambiguità e l'individuazione di eventuali errori di compilazione<sup>3</sup>.

Nello specifico, il questionario è stato suddiviso nelle seguenti otto sezioni, che in sostanza corrispondono ai criteri di analisi della ricerca:

1. Investimenti in tecnologie;
2. Reclutamento del personale;
3. Definizione degli obiettivi di attività clinico-assistenziale;
4. Attività di ricerca;
5. Attività didattica;
6. Pianificazione, programmazione e controllo;
7. Integrazione tra assistenza, ricerca e didattica;
8. Organizzazione e governance.

<sup>2</sup> "[...] con questa strategia si scelgono "oggetti" speciali che siano per qualche ragione ricchi di materiale[...]" Fattore, G. (2005). *Metodi di ricerca in economia aziendale*. 1<sup>a</sup> Edizione. Milano: Egea, pag. 140.

<sup>3</sup> Ci si ricollega allo strumento delle "misurazioni equivalenti" (Fattore, 2005) per valutare l'attendibilità delle misurazioni dei concetti.

Per quanto riguarda le prime sei sezioni, in ognuna di esse sono state poste alcune domande che, per ogni ambito individuato, permettessero di comprendere le tendenze attuali delle singole organizzazioni in merito a tre aspetti-chiave:

- L'autonomia dei livelli organizzativi intermedi<sup>4</sup> nei confronti del livello aziendale, al fine di capire se effettivamente, come sembra emergere dalla letteratura, si stia assistendo ad una sempre maggiore responsabilizzazione a livello "decentrato".
- La rilevanza delle diverse categorie professionali in termini di responsabilità decisionale, per comprendere se vi sia o meno un'evoluzione verso un ruolo più rilevante di alcune di esse (ad esempio, infermieri e personale amministrativo) rispetto al passato.
- Il ruolo svolto dall'Università – in particolare dalla Facoltà di Medicina e dai suoi rappresentanti – con lo scopo di evidenziare gli ambiti in cui essa influenza maggiormente l'ospedale e, più in generale, per comprendere in maniera approfondita le relazioni di *governance* che intercorrono tra i due soggetti.

La risposta alla domanda di ricerca è emersa soprattutto tramite l'indagine sul primo punto, parallelamente è stata svolta un'analisi relativa al secondo e al terzo punto.

## Risultati

Ha partecipato alla ricerca un totale di 16 *teaching hospitals* (di cui otto nazionali e otto internazionali), attraverso la somministrazione di un questionario.

La Tabella 1 e la Tabella 2 presentano l'elenco degli ospedali di insegnamento individuati, suddivisi tra casi internazionali e casi italiani. Per ogni *teaching hospital* vengono riportati lo Stato di appartenenza (o la Regione nei casi italiani) e i dati relativi al personale totale e ai posti letto.

Tabella 1. I *teaching hospitals* oggetto del multiple case-study: i casi internazionali

Paese	Denominazione TH (teaching hospital)	Personale	Posti letto	Numero stabilimenti
Francia	<i>Centre Hospitalier Universitaire</i> (CHU) di Nizza	5.891	2.075	5
Germania	<i>Charité – Universitätsmedizin</i> di Berlino	12.697	3.213	4
	<i>Universitätsklinikum</i> di Colonia	6.800	1.247	1
Spagna	<i>Hospital Clínic</i> di Barcellona	3.971	840	1
Stati Uniti	<i>Johns Hopkins Health System</i> (JHHS) di Baltimora, Maryland	8.817	1.017	10
	<i>University of Alabama at Birmingham</i> (UAB) <i>Health System</i> di Birmingham, Alabama	ca. 10.000	2.218	7
Svizzera	<i>Hôpitaux Universitaires</i> (HUG) di Ginevra	8.451	2.096	4
	<i>Centre Hospitalier Universitaire Vaudois</i> (CHUV) di Losanna	6.441	1.326	1

<sup>4</sup> Livelli intermedi che, nel caso delle Aziende Ospedaliero-Universitarie italiane, si identificano nei Dipartimenti, ma che possono figurare con varie denominazioni negli altri Paesi.

Tabella 2. I *teaching hospitals* oggetto del multiple case-study: i casi nazionali

Regione	I D	Denominazione TH (teaching hospital)	Personal e	Posti letto	Numero stabiliment i
Campania	R	AOU Federico II di Napoli	3.359	997	1
RER*	S	AOU Sant'Orsola-Malpighi di Bologna	5.345	1.596	1
	T	AOU di Parma	3.249	1.243	1
FVG**	U	AOU di Udine	3.532	967	1
Lombardi a	V	AO Spedali Civili di Brescia	5.929	1.754	4
	W	IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia	3.057	949	1
Toscana	Y	AOU Careggi di Firenze	5.680	1.588	1
	Z	AOU di Pisa	4.541	1.353	1

Fonte: banche dati istituzionali

\* Regione Emilia Romagna (RER)

\*\* Friuli Venezia Giulia (FVG)

### L'autonomia dei livelli decisionali intermedi

Un primo dato importante che emerge è rappresentato dal fatto che molto spesso, con riferimento alle varie sezioni del questionario, è stato indicato quale livello decisionale di riferimento quello intermedio, ma congiuntamente al livello aziendale; in altre parole si riscontra che in molti casi, nei *teaching hospitals* oggetto di analisi, le decisioni vengono prese in maniera partecipata, ossia tramite due opzioni alternative:

1. con il coinvolgimento sia del vertice aziendale, sia dei livelli decentrati;
2. in maniera differenziata a seconda del tipo di decisione (per alcuni ambiti è responsabile il vertice aziendale, per altri lo sono i livelli intermedi).

Oltre a questa considerazione di ordine generale e analizzando più nel dettaglio i risultati dell'analisi si nota che, con riferimento al grado di autonomia decisionale dei livelli intermedi, i Paesi considerati (ed i relativi *teaching hospitals*) a livello internazionale possono essere raggruppati in due *cluster*, composti rispettivamente da: i) Germania e Stati Uniti; ii) Francia, Spagna e Svizzera. Un ragionamento a parte verrà invece condotto con riferimento all'Italia.

Il primo gruppo individuato, che comprende gli ospedali d'insegnamento di Germania e Stati Uniti, si distingue dagli altri in quanto non è mai stato indicato quale livello decisionale di riferimento quello aziendale, se non in maniera congiunta rispetto ai livelli intermedi. Alla luce dei risultati, Germania e Stati Uniti appaiono come i Paesi in cui è più elevato il decentramento decisionale verso i livelli organizzativi intermedi, anche se esso non risulta completo poiché, con riferimento ad alcune funzioni, si è in presenza di decisioni di tipo partecipato tra i due livelli considerati.

Nel secondo gruppo considerato sono stati inclusi i Paesi che presentano risultati meno uniformi, poiché in alcuni casi mostrano ancora che il livello aziendale rimane il centro decisionale di riferimento, ma sembrano comunque presenti delle dinamiche dirette verso una maggiore responsabilizzazione dei livelli intermedi. Nello specifico il gruppo è composto dai *teaching hospitals* di Svizzera, Spagna e Francia, Paesi che a loro volta possono essere distinti in base al grado di autonomia dei livelli decentrati. In particolare, la Svizzera risulta essere il Paese in cui, tra questi tre considerati, è più accentuato il decentramento decisionale. Nell'ospedale francese (CHU di Nizza), in linea generale, le decisioni sembrano più spostate verso il livello aziendale.

Sia per le evidenze riscontrate dall'analisi che per la numerosità dei casi analizzati, si ritiene opportuno condurre un ragionamento a sé stante per quel che concerne l'Italia. Al di là delle differenze presentate tra gli otto ospedali analizzati, è possibile evidenziare come, nel nostro Paese, si riscontri un ruolo nettamente maggiore del livello aziendale rispetto a tutti gli altri Stati presi in considerazione. Addentrando maggiormente nell'analisi, si nota che ciò avviene soprattutto con riferimento ai sistemi operativi, mentre un maggiore decentramento decisionale si riscontra nell'ambito delle funzioni-chiave dei *teaching hospitals*.

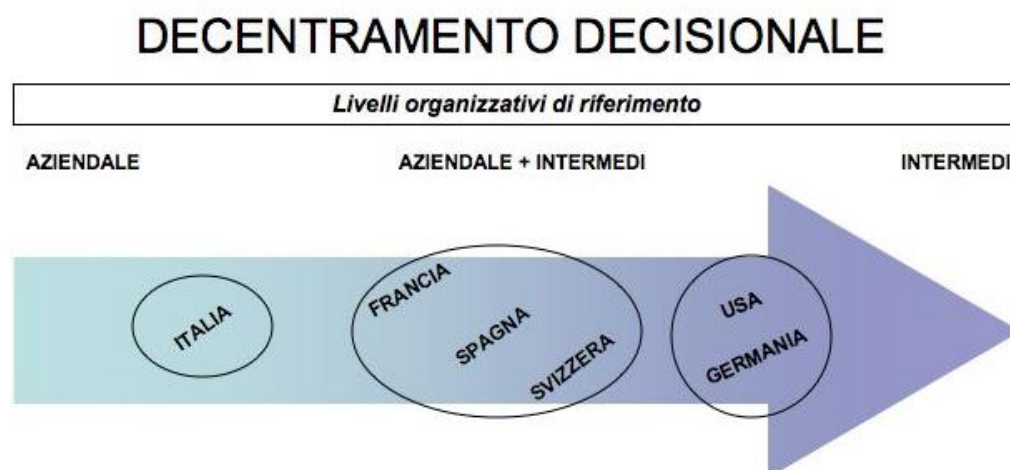
Nello specifico, tutti gli ospedali considerati fanno esclusivamente riferimento al livello aziendale quale centro decisionale per quanto riguarda gli investimenti in tecnologie e il reclutamento del personale (in quest'ultimo caso solo nelle AOU di Bologna<sup>5</sup> e Pisa viene segnalato un ruolo propositivo da parte dei livelli intermedi); con riferimento alla programmazione e controllo, invece, gli ospedali considerati si dividono a metà tra quelli in cui è sempre responsabile delle decisioni solamente il livello aziendale, e quelli in cui vengono prese decisioni di tipo partecipato tra i due livelli.

<sup>5</sup> Con esclusivo riferimento al personale medico.

I risultati appaiono meno omogenei nell'ambito delle attività di assistenza, ricerca e didattica dove, per ciascuna di esse, gli ospedali si distribuiscono in maniera diversa: l'assistenza risulta essere la funzione maggiormente decentrata poiché, se si esclude il caso di Pisa in cui i livelli intermedi rivestono solamente una funzione propositiva, in tutti gli altri ospedali le decisioni vengono prese congiuntamente (quattro casi) o esclusivamente dai livelli intermedi (tre casi); con riferimento a ricerca e didattica gli ospedali di Pavia e Parma accentrano le decisioni a livello aziendale, mentre in tutti gli altri generalmente esse sono di competenza dei livelli intermedi (decisioni partecipate si riscontrano solamente, con riferimento alla ricerca, nei casi di Napoli e Pisa).

Riassumendo e riaggregando i risultati afferenti a tutti i Paesi considerati (schematizzati nella Figura 4) si può affermare che, a livello internazionale, appare evidente una convergenza verso un ruolo maggiore dei livelli decisionali intermedi, anche se spesso esso è comunque accompagnato da una rilevanza dei vertici aziendali (decisioni congiunte o suddivisione delle responsabilità in base al tipo di decisioni); questo fenomeno risulta più accentuato in Germania e Stati Uniti<sup>6</sup>, leggermente meno in Svizzera e in una fase ancor più transitoria in Spagna e in Francia. A livello italiano, invece, nonostante in alcuni ambiti i livelli intermedi assumano un ruolo sempre maggiore, risulta evidente come tuttora molto spesso le decisioni rimangano accentrate nei vertici aziendali.

Figura 4 Grado di decentramento decisionale: rielaborazione dei risultati per Paese



### Il ruolo dell'università

Come rilevato nell'ambito dell'autonomia dei livelli organizzativi intermedi, anche in questo caso si sottolinea sin da subito che non si è in presenza di una netta convergenza poiché, nel confronto effettuato, l'Università sembra ricoprire un ruolo diverso a seconda dell'attività in oggetto e dell'ospedale di riferimento, e inoltre tale ruolo può anche essere del tutto assente.

Il primo gruppo identificabile, in cui si includono i due ospedali statunitensi, il Policlinico di Colonia (Germania) e l'HUG di Ginevra (Svizzera), è quello in cui l'Università ricopre sempre un ruolo – che può essere decisionale o consultivo – nell'ambito delle attività considerate. Addentrando nell'analisi, all'interno dei suddetti *teaching hospitals* si riscontra che, in tre casi su quattro, l'Università si assume responsabilità di tipo decisionale nell'ambito dell'assistenza (tranne che nell'HUG di Ginevra) e della ricerca (ad esclusione del *Johns Hopkins*); una maggiore variabilità si ha considerando gli investimenti in tecnologie ed il reclutamento del personale, dove spesso il ruolo può essere alternativamente decisionale o consultivo.

Un secondo gruppo individuabile è invece costituito dal CHU di Nizza (Francia) e dal *Charité* di Berlino (Germania); tali *teaching hospitals* vengono considerati in maniera distinta rispetto ai precedenti poiché in essi vi è un ambito di attività, e precisamente relativo alla definizione degli obiettivi assistenziali, in cui emerge che l'Università non ricopre alcun ruolo. Nelle restanti parti, invece, possono essere fatte considerazioni simili rispetto al gruppo precedente, con un ruolo dell'Università che va dal decisionale al consultivo.

<sup>6</sup> Pur mancando i risultati relativi a Paesi Bassi e Regno Unito, sulla base della letteratura si possono aggiungere a tale cluster anche i *teaching hospitals* di questi Paesi, dov'è evidente una tendenza al decentramento decisionale.



Il terzo ed ultimo gruppo, che si discosta in maniera piuttosto rilevante dai due precedenti, è composto dall'*Hospital Clínic* di Barcellona (Spagna) e dal CHUV di Losanna (Svizzera). Essi si distinguono dagli altri per la poca rilevanza dell'intervento dell'Università all'interno del *teaching hospital*: in tutti gli aspetti considerati (ad esclusione della ricerca nel caso svizzero, dove viene indicato un ruolo consultivo), l'Università non riveste alcun ruolo, con una pianificazione totalmente indipendente da parte dell'ospedale.

Si considera infine il caso dell'Italia, al cui interno sembra emergere una certa omogeneità, collocando nel complesso il Paese in una situazione intermedia (si veda a riguardo la Figura 5) rispetto ai primi due e all'ultimo gruppo considerati nell'ambito internazionale. Complessivamente, è possibile affermare che, nella maggior parte dei *teaching hospitals* analizzati e per tutte le varie attività indagate, il ruolo dell'Università è in prevalenza di tipo consultivo. Vi sono comunque alcune eccezioni tra loro opposte, rappresentate rispettivamente dai casi lombardi da un lato, e da un gruppo diversificato in quanto a provenienza regionale dall'altro.

Figura 5 Ruolo dell'Università all'interno dei teaching hospitals: rielaborazione dei risultati per Paese



Riepilogando tutte le informazioni raccolte sia nell'ambito internazionale che in quello italiano emerge come, in alcuni contesti, vi sia una tendenza verso un'inclusione maggiore dell'Università nei processi decisionali interni ai *teaching hospitals*; tale tendenza, che può essere ricondotta al cosiddetto *integration model*, appare più accentuata negli Stati Uniti ed in alcuni singoli casi europei (Policlinico di Colonia e HUG di Ginevra), leggermente meno nel caso del *Charité* di Berlino e in quello del CHU di Nizza. Osservando gli organigrammi aziendali forniti, è possibile notare che il coinvolgimento dell'Università può avvenire secondo due modalità principali:

1. Tramite la realizzazione di strutture di *governance* integrate tra ospedale e Università, poste ad un livello sovraordinato rispetto ad entrambi i soggetti; questa modalità d'integrazione risulta in particolare presente negli Stati Uniti e, al di fuori dei *case-studies* considerati, sembra emergere di recente in Inghilterra (come dimostra il già citato esempio dell'*Imperial College Academic Health Science Centre* di Londra, il quale si distingue dai tradizionali *teaching hospitals* inglesi, in cui viene adottato il *cooperation model*).
2. Attraverso un'integrazione a livello aziendale, con la presenza di figure afferenti all'Università (es. Rettore, Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia) all'interno negli organi di governo; tali dinamiche si riscontrano nello specifico in Germania e, in maniera meno evidente, in Francia e nel caso svizzero di Ginevra. Al di là dei singoli *case-studies* indagati, si rileva che un'integrazione di questo tipo avviene anche negli otto *teaching hospitals* dei Paesi Bassi, che negli ultimi anni sono stati tutti trasformati in strutture completamente integrate tra ospedale ed Università.

L'Italia sembra essere leggermente meno incline all'inclusione dell'Università nei processi decisionali afferenti agli ospedali d'insegnamento; il ruolo dell'Università appare infatti in larga parte di tipo consultivo e presumibilmente si esplica, laddove introdotto, all'interno dell'Organo di Indirizzo – specifico organo che differenzia le AOU dalle semplici aziende ospedaliere. In sostanza, gli ospedali d'insegnamento italiani sembrano porsi in una situazione intermedia tra *integration model* e *cooperation model*, con quest'ultimo che si realizza tramite la stipula di Protocolli d'Intesa tra Regioni ed Università.



### L'integrazione tra le tre mission

Considerando l'integrazione tra assistenza, ricerca e didattica, è necessario precisare innanzitutto che si è fatto anche riferimento a giudizi soggettivi degli intervistati, e che i risultati devono quindi essere accolti con prudenza.

Cominciando con l'analisi del contesto internazionale, è evidente la presenza di una situazione piuttosto variegata. Valutando il grado d'integrazione rilevato tra le tre funzioni all'interno dei diversi *teaching hospitals*, si riscontra innanzitutto la peculiarità dell'HUG di Ginevra (Svizzera), in cui l'integrazione sembra maggiore rispetto agli altri casi: a tutte le domande inerenti l'argomento, si è riscontrata una risposta affermativa. Tuttavia, non è stato possibile effettuare un'analisi più approfondita in quanto non sono stati esplicitati i meccanismi operativi utilizzati per integrare le tre funzioni.

Possono essere poi individuati tre *cluster*; il primo di essi è rappresentato dai *teaching hospitals* americani e da quello spagnolo, nei quali sembra prevalere un'integrazione tra assistenza e didattica (con una pianificazione congiunta dei rispettivi obiettivi), rispetto a quella tra assistenza e ricerca; solo nel caso dell'UAB *Health System* viene indicato che le tre funzioni risultano effettivamente integrate, con meccanismi operativi che si esplicitano nei procedimenti inerenti la stesura dei piani strategici e all'interno dei processi decisionali. Inoltre, in questi tre casi (al contrario di ciò che avviene nell'HUG di Ginevra) non tutti i medici vengono coinvolti in tutte le attività.

Un altro gruppo individuabile è composto dai *teaching hospitals* di Nizza e Berlino i quali, pur segnalando che gli obiettivi di ricerca e didattica non vengono pianificati congiuntamente rispetto a quelli assistenziali, indicano poi la presenza di un'effettiva integrazione tra le tre funzioni. Nel caso francese non viene però esplicitato nessun meccanismo operativo mentre, nel *Charité* di Berlino, si provvede ad una loro descrizione (con riferimento a meccanismi sia di tipo formale che informale), e si afferma inoltre che tutti i medici sono coinvolti nelle tre *mission*.

Infine, l'ultimo *cluster* identificato è composto da quei casi in cui l'integrazione risulta pressoché nulla, poiché in nessuna domanda afferente la tematica in oggetto si ha avuto risposta affermativa. Si tratta nello specifico del Policlinico di Colonia e del CHUV di Losanna; tuttavia, mentre quest'ultimo non giustifica in alcun modo la situazione, il *teaching hospital* tedesco indica la ricerca di una maggiore integrazione quale obiettivo strategico della pianificazione attuale.

Nel contesto italiano è possibile individuare due gruppi di ospedali, distinguendo tra quelli in cui è presente un certo livello di integrazione tra le tre *mission*, e quelli in cui invece essa risulta totalmente assente.

In particolare, gli ospedali che evidenziano lo sforzo presente per raggiungere una maggiore integrazione sono rappresentati dalle AOU di Bologna, Firenze e Udine.<sup>7</sup> Queste tre aziende presentano risultati interessanti anche perché esplicitano i meccanismi operativi implementati (e soprattutto da implementare in futuro) al fine di integrare realmente le varie attività. Tali meccanismi si riferiscono generalmente all'adozione del modello dei DAI (Dipartimenti ad Attività Integrata), ma ogni singolo caso può prevedere strumenti specifici. In particolare, si segnala il caso di Udine, dov'è prevista l'introduzione di tre referenti a livello di DAI, dedicati rispettivamente all'attività clinica, alla ricerca e alla didattica. Nel caso del Careggi, invece, viene indicata la volontà di creare un Dipartimento integrato tra ospedale e Università per supportare l'incremento dell'integrazione tra assistenza e ricerca.

Una certa integrazione è poi presente nell'ambito dell'IRCCS di Pavia, anche se non tutti i medici vengono coinvolti in tutte le attività considerate. Infine si segnala il caso di Parma, che presenta risposte alterne: la pianificazione congiunta avviene solamente per assistenza e didattica, ma si afferma poi di ritenere le tre funzioni realmente integrate (senza esplicitare però i meccanismi utilizzati per implementare l'integrazione) e, inoltre, non tutti i medici vengono coinvolti in tutte e tre le attività.

Come già anticipato, nei restanti ospedali d'insegnamento italiani non si riscontra mai la presenza d'integrazione tra le tre funzioni-chiave; si tratta delle aziende di Napoli (che però non ha risposto ad alcune domande in oggetto), Brescia e Pisa, le quali non indicano nemmeno la ricerca di integrazione quale obiettivo per il futuro.

Nel complesso, riprendendo anche i casi internazionali, si può dire che si riscontra una tendenza generale verso la ricerca di una maggiore integrazione tra le tre funzioni. Infatti, se si distinguono pochi casi che appaiono ancora poco predisposti su questa tematica, tutti gli altri hanno incluso l'integrazione tra gli obiettivi più importanti per il proprio sviluppo. La Figura 6 riassume e semplifica le considerazioni effettuate, ponendo i *teaching hospitals* in un *continuum* sulla base del livello d'integrazione effettivo e percepito.

La Figura 6 riassume e semplifica le considerazioni effettuate, ponendo i *teaching hospitals* in un *continuum* sulla base del livello d'integrazione effettivo e percepito.

---

<sup>7</sup> Nonostante il fatto che l'AOU di Udine non abbia risposto ad alcune domande, sono stati apportati molti commenti (in fase di compilazione del questionario) che fanno intendere la ricerca di integrazione come un obiettivo importante.

Figura 6 Integrazione tra assistenza, ricerca e didattica: rielaborazione dei risultati per Paese\*



\* Sono state escluse dalla rappresentazione le AOU di Napoli e Udine a causa della mancata risposta ad alcune domande del questionario.

### Considerazioni conclusive

Dopo aver esposto e discusso i risultati di questo filone di ricerca, è possibile presentare dei commenti finali che, a partire dalla domanda di ricerca, cercano di giustificare le evidenze emerse dall'analisi.

Prima di proseguire, si ritiene però opportuno ricordare alcuni limiti della ricerca, ricollegabili principalmente al suo ambito di applicazione e alle modalità di svolgimento. In primo luogo, si deve rilevare la difficoltà inerente l'analisi di diversi contesti nazionali, spesso difficili da confrontare, con la conseguente necessità di uno sforzo di adattamento e semplificazione. In secondo luogo, alcuni risultati della ricerca devono essere considerati con cautela poiché ottenuti dall'elaborazione di un questionario, le cui risposte possono in molti punti riportare giudizi soggettivi, che rispecchiano le percezioni e l'interpretazione fornita dal soggetto compilatore.

Al di là dei limiti esposti, come già anticipato, si vogliono di seguito presentare alcune considerazioni conclusive, che forniscano una chiave interpretativa dei risultati ottenuti. Il presente lavoro si è posto quale domanda di ricerca la seguente: è presente una convergenza a livello internazionale negli assetti di *governance* degli ospedali d'insegnamento? Se presente, essa è diretta verso una maggiore autonomia decisionale dei livelli organizzativi intermedi? Dai risultati dell'analisi emerge una risposta negativa ad entrambe le domande, cosa che porta innanzitutto a ritenere interessanti ulteriori studi che approfondiscano maggiormente le soluzioni adottate nei diversi Paesi, avviando processi di confronto e di *bench-learning*.

L'assenza di una convergenza nelle scelte di *governance* dei *teaching hospitals* può essere spiegata osservando il modo in cui gli ospedali dei diversi Paesi si sono raggruppati sulla base del decentramento decisionale (cfr. figura 4). In particolare, si nota la presenza di due cluster e di un caso isolato, rappresentato dall'Italia.

Il primo cluster viene identificato nei *teaching hospitals* in cui è più forte l'autonomia dei livelli organizzativi intermedi; si tratta di ospedali che appartengono a Germania e Stati Uniti, ma è inoltre possibile aggiungere ad essi anche quelli di Regno Unito e Paesi Bassi, sulla base dei dati raccolti da letteratura e documentazione istituzionale. Si tratta di Paesi che tradizionalmente (Stati Uniti) o attraverso progressive riforme (Germania e Paesi Bassi) presentano sistemi assicurativi molto competitivi; diverso è il sistema del Regno Unito, dove è presente un Servizio Sanitario Nazionale ma che, come i precedenti Paesi, ha visto susseguirsi una serie di riforme, volte nel complesso verso una maggiore competitività del sistema<sup>8</sup>. Si può pensare che le caratteristiche di questi sistemi sanitari inducano a una forte spinta imprenditoriale degli erogatori di prestazioni sanitarie, e quindi anche degli ospedali d'insegnamento. Di conseguenza, è possibile presupporre

<sup>8</sup> Ad esempio, in un'analisi dei sistemi sanitari europei, Nicita (2004) include Germania e Regno Unito tra i Paesi in cui sono state attuate "riforme pro-concorrenziali strutturali".

che la ricerca di una maggiore competitività abbia incentivato il decentramento decisionale verso i livelli intermedi, che incrementano così la propria autonomia e di conseguenza la responsabilizzazione sui risultati. Il secondo cluster, in cui vi è una maggiore compartecipazione alle decisioni tra livello aziendale e livelli intermedi, è rappresentato dagli ospedali di insegnamento di Francia, Spagna e Svizzera. Si tratta di Paesi con sistemi sanitari “ibridi” (Francia e Svizzera) o in transizione verso una diversa suddivisione di competenze tra Stato e regioni (Spagna), nonché tuttora in fase di riforma<sup>9</sup>. In questi Paesi, i cui sistemi sanitari presentano una minore competitività rispetto ai precedenti, risultano inferiori gli incentivi verso una spinta imprenditoriale per gli erogatori sanitari; ciò, a sua volta, può giustificare la mancanza di un marcato decentramento decisionale all’interno dei *teaching hospitals*, in quanto minori incentivi in termini di economicità ed efficienza fanno sì che alcune decisioni rimangano di responsabilità aziendale complessiva. Infine, risulta completamente a sé stante il caso italiano, dove i vertici aziendali degli ospedali d’insegnamento appaiono tuttora predominanti rispetto ai livelli organizzativi intermedi. Inizialmente, quello dell’Italia potrebbe essere valutato come “caso anomalo”, considerando le riforme che dagli anni ’90 hanno investito verso una maggiore spinta imprenditoriale delle aziende sanitarie (attraverso la cosiddetta “aziendalizzazione”). Approfondendo maggiormente l’analisi, però, si riscontra come nel sistema sanitario italiano siano stati nel tempo attenuati gli effetti competitivi, introducendo meccanismi che incentivino invece la collaborazione (come ad esempio l’introduzione, in alcune regioni, dell’Area Vasta, struttura sovra-aziendale che induce le strutture sanitarie a collaborare, per esempio centralizzando gli acquisti). Per l’Italia, nel complesso, si può utilizzare il termine di “coopetition” (cooperation + competition), che indica la contemporanea presenza di elementi collaborativi e competitivi. È possibile ritenere che l’implementazione di tale sistema abbia contribuito a rallentare i processi di decentramento all’interno delle strutture sanitarie, e quindi anche degli ospedali universitari. Infatti, se dal punto di vista meramente gestionale si può riscontrare un certo decentramento verso i Dipartimenti, ciò in genere non avviene per le decisioni più rilevanti (ad esempio riguardanti il personale e gli investimenti), nonché per il governo strategico, nelle mani dei vertici aziendali.

Riassumendo le considerazioni sin qui apportate, si può quindi affermare che, all’interno degli ospedali d’insegnamento, il decentramento decisionale risulta maggiore laddove sono più forti le spinte verso la competitività del sistema sanitario. Più in particolare, nei Paesi in cui sono evidenti gli incentivi verso l’imprenditorialità degli erogatori di servizi sanitari, i livelli intermedi tendono a comportarsi in maniera simile a delle vere e proprie strategic business unit o divisioni, che gestiscono in maniera fortemente autonoma il proprio ambito di attività, arrivando a definire indipendentemente anche le scelte strategiche. Viceversa, laddove le spinte competitive sono minori o nel caso in cui vengano introdotti maggiori incentivi alla collaborazione all’interno del sistema sanitario, i vertici aziendali rimangono determinanti nell’ambito delle decisioni strategiche dei *teaching hospitals*, anche se dal punto di vista gestionale alcuni poteri possono essere delegati ai livelli intermedi.

In merito alle altre questioni indagate, riferibili principalmente alle relazioni tra ospedale d’insegnamento e Università ed all’integrazione tra assistenza, ricerca e didattica, è possibile affermare che si tratta di tematiche piuttosto confuse e attualmente in fase di evoluzione. Infatti, in quanto al ruolo dell’Università, al di là dell’identificazione di due modelli di riferimento (integration e cooperation model) risulta problematico inquadrare in maniera precisa i *teaching hospitals* di ciascun Paese, a causa della già citata difficoltà nel confrontare diversi contesti nazionali, ognuno caratterizzato da proprie peculiarità che spingono gli erogatori sanitari verso forme di adattamento. Ancor più complessa risulta l’analisi dei processi di integrazione tra le tre mission degli ospedali universitari, quasi sempre appena cominciati se non ancora assenti. Sarà quindi interessante, nei prossimi anni, seguire l’evoluzione della tematica in oggetto, al fine di identificare e confrontare le soluzioni adottate dagli ospedali d’insegnamento per svolgere al meglio la loro triplice funzione: formare i futuri medici e gli altri operatori sanitari; contribuire al progresso della ricerca scientifica; curare e migliorare la salute dei cittadini, obiettivo ultimo di ogni sistema sanitario.

---

<sup>9</sup> Riprendendo Nicita (2004), con riferimento a Spagna e Francia si parla rispettivamente di riforme pro-concorrenziali “sussurre” e “immaginate”; in quanto alla Svizzera, si può citare un rapporto redatto da OCSE e OMS (2006), che esplicita la necessità di interventi volti ad aumentare la competitività del sistema sanitario.

## Secondo filone di ricerca

### *1. Modelli generali di governance e finanziamento dei teaching hospital nei principali sistemi sanitari occidentali*

#### *Obiettivo e metodologia della ricerca*

Il panorama dei *teaching hospitals* in Italia è molto variegato in quanto si compone di una serie di strutture sanitarie che svolgono contemporaneamente la triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, ma che si differenziano per alcune caratteristiche, quali:

1. l'autonomia (ad es. Aziende Ospedaliere-Universitarie e IRCCS) o la dipendenza da un altro soggetto giuridico (ad es. presidi ospedalieri di ASL);
2. la natura giuridica (pubblica o privata);
3. il focus della mission che, a seconda della tipologia di teaching hospital, potrebbe privilegiare maggiormente una delle tre funzioni (come riportato in Tabella 7);
4. gli organi/organismi di governance aziendali (ad es. gli IRCCS presentano un organo distintivo rispetto alle altre categorie di teaching hospitals, ossia il Direttore Scientifico).

Tabella 7 Ordine di importanza delle tre mission per le differenti tipologie di teaching hospitals

	AOU	IRCCS	Presidio ASL	Privato accreditato
Assistenza	3	2	1	1
Didattica	1	3	2	2
Ricerca	2	1	3	3

L'obiettivo dell'analisi consiste nel mappare, in termini quantitativi e qualitativi, il sistema dei *teaching hospitals* in Italia. L'indagine ha verificato la presenza di attività di didattica (corsi di laurea) e formazione (scuole di specializzazione) della Facoltà di Medicina e Chirurgia all'interno delle Aziende Sanitarie attraverso: l'analisi di banche dati ministeriali, di siti web istituzionali delle Aziende Sanitarie e delle Università e un'indagine telefonica rivolta alle stesse istituzioni.

#### *Risultati*

Dall'indagine emerge un'elevata eterogeneità in termini di tipologie di strutture ospedaliere che svolgono la triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca. Dalla mappatura dei diversi *teaching hospital* emerge un'elevata eterogeneità. Nel SSN italiano si contano complessivamente 115 ospedali d'insegnamento, così classificati:

- AOU (30), a loro volta suddivise in AOU integrate con l'Università, ossia ex Aziende ospedaliere (21) e AOU integrate con il SSN, ossia ex Policlinici a gestione diretta (9)<sup>10</sup>;
- Policlinici privati (2) (Policlinico Universitario "A. Gemelli" e Policlinico Universitario "Campus bio-medico" di Roma)
- IRCCS (31), suddivisi in 10 di diritto pubblico, 13 di diritto privato, 5 fondazioni di diritto pubblico e 3 fondazioni di diritto privato;
- AO (24): si precisa che alcune realtà ospedaliere mantengono lo status di AO, nonostante svolgano attività di didattica. In Lombardia ciò dipende da scelte specifiche effettuate dal livello regionale<sup>11</sup>, mentre per le AO di altre Regioni si cade nel "limbo" normativo richiamato sopra;

<sup>10</sup> Tra gli ex policlinici a gestione diretta si annovera l'Azienda Universitaria Policlinico Tor Vergata, che dal primo luglio 2008 è stata trasformata in fondazione. La Fondazione PTV è stata costituita dalla Regione Lazio e dall'Università di Roma-Tor Vergata in base alle previsioni del Protocollo d'intesa Regione-Ateneo del 2005 e della L. R. 26/2007. Essa configura come "fondazione di partecipazione", corrispondente alla tipologia delle "fondazioni strumentali agli enti pubblici fondatori". Lo strumento giuridico che ha portato alla costituzione, al successivo riconoscimento e, infine, all'avvio e alla piena operatività della Fondazione è stata quella della sperimentazione gestionale.

- Presidi Ospedalieri di ASL (22)<sup>12</sup>; laddove le Regioni, nell'esercizio della propria autonomia, hanno deciso di non conferire a tali strutture lo status di azienda (Abruzzo, Sardegna, ecc.);
- Ospedali privati per un totale di 6 strutture (3 Case di Cura private accreditate, 2 ospedali classificati e 1 ospedale qualificato). La riporta la distribuzione degli ospedali d'insegnamento nelle diverse Regioni.

Tabella 8 Ospedali di insegnamento italiani ripartiti per Regione e per tipologia (aggiornamento 2010)

	AOU Integrata con Università	AOU integrata con SSN	Polclinico Universitario Privato	AO	IRCCS Pubblico	IRCCS Privato	Fondazione IRCCS Pubblica	Fondazione IRCCS Privata	Presidio Ospedaliero ASL	Ospedale classificato	Istituto qualificato	Casa di cura privata accreditata	Totale
ABRUZZO									4				4
CALABRIA	1			1			1						3
CAMPANIA		2		4					2				8
EMILIA ROMAGNA	4				1				3			1	9
FRIULI VENEZIA GIULIA	2				2				1				5
LAZIO	1	2	2	1	1	1	1		1				10
LIGURIA	1				2								3
LOMBARDIA				9		10	3			1		2	25
MARCHE	1				1								2
MOLISE						1			1				2
PIEMONTE	3			3				1	2		1		10
PUGLIA	2				2	1		1	1	1			8
SARDEGNA		2							4				6
SICILIA		3		4					2				9
TOSCANA	4							1	1				6
UMBRIA				2									2
VENETO	2				1								3
<b>Totale</b>	<b>21</b>	<b>9</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>10</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>22</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>	<b>115</b>

<sup>11</sup> In Lombardia non esistono AOU, ma sono costituite solo AO-poli universitari. La Regione Lombardia ha deciso di uniformare le proprie aziende alle AOU definendo, tramite legge regionale (L.R. n° 15 del 6 agosto 2009), un organo che assuma le funzioni dell'Organo di Indirizzo, ossia il Comitato di Indirizzo e Coordinamento.

<sup>12</sup> Nel numero totale dei Presidi Ospedalieri (PO) sono compresi tutti i *teaching hospital* anche se appartenenti alla stessa ASL. In particolare: in Abruzzo i 4 PO appartengono a 3 diverse ASL, in Campania i 2 PO appartengono ad un'unica ASL, in Emilia Romagna 2 PO per la stessa ASL, in Piemonte 2 PO per 2 ASL, in Sardegna 4 PO per la stessa ASL, in Sicilia 2 PO per 2 ASL.

In quanto alle relazioni tra Università e ospedali, emerge una certa eterogeneità: in alcuni casi vi sia una relazione totalmente biunivoca – o quasi – tra l'Università e l'AOU di riferimento (ad esempio, AOU di Padova e Verona); in altri casi, invece, le attività di didattica e ricerca vengono distribuite tra diversi ospedali, che vanno a costituire veri e propri poli didattici della Facoltà di Medicina (come ad esempio nel caso dell'Università delle città di dimensioni più elevate, quali l'Università degli Studi di Milano, l'Università la Sapienza di Roma, L'università degli studi di Bari ecc.).

## *2. Modelli generali di governance e finanziamento dei teaching hospital nei principali sistemi sanitari occidentali*

### *Obiettivo e metodologia della ricerca*

Questo obiettivo della ricerca si focalizza sull'evoluzione del quadro normativo a livello nazionale sulle Aziende Ospedaliero-Universitarie e gli IRCCS. Inoltre, è stata effettuata un'analisi dei protocolli d'intesa Regione-Università al fine di verificare se, in merito all'organizzazione delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, il sistema di regole definito a livello regionale si differenzia da quanto previsto dalle normative nazionali e, in particolare, dal D. lgs. 517/99 e dal DPCM 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa".

La metodologia ha previsto la raccolta e l'analisi della principale normativa di riferimento a livello nazionale e dei protocolli d'intesa stipulati tra Regioni e Università. Questi ultimi, in particolare, sono stati raccolti tramite ricerca sul web e attraverso richieste formali alle Aziende.

### *Risultati*

L'analisi condotta dimostra in modo evidente come i protocolli d'intesa redatti da Regioni e Università si attengano piuttosto strettamente alla normativa nazionale di riferimento, ricollegandosi principalmente al d.lgs. 517/99 e alle Linee Guida 2001 (ad esclusione del Piemonte, il cui protocollo risale appunto al 2001), ma anche a disposizioni meno recenti come quelle del d.lgs. 502/92.

Si rileva, quindi, una netta convergenza tra i sistemi di regole regionali dettati più da logiche di isomorfismo istituzionale piuttosto che sfruttare l'autonomia decisionale concessa in materia sanitaria alle Regioni dopo la riforma del titolo V della costituzione.

Inoltre, le norme contenute nei protocolli d'intesa risultano particolarmente astratte e generali, senza ricadute immediate dal punto di vista operativo. Infatti, solamente in rari casi vengono date delle indicazioni concrete in merito all'organizzazione dell'AOU, mentre viene dato largo spazio a concetti generali ripresi soprattutto dalla normativa nazionale. Tali norme astratte vengono accompagnate da un rimando a protocolli attuativi, all'atto aziendale o ad altri accordi in ambito regionale o locale.

Tuttavia, è necessario ricordare che la maggior parte dei protocolli d'intesa sono stati redatti tra il 2001 e il 2005 e, anche sulla base delle indicazioni presenti al loro interno in merito alla durata, dovrebbero essere rinnovati. Con il rinnovo di tali protocolli potrebbero esserci importanti novità e più punti di differenziazione. Tale ipotesi sembra in parte confermata da uno dei più recenti protocolli stipulati (Toscana, dicembre 2008), che risulta in alcune parti il più innovativo, ad esempio sul fronte della valutazione delle performance aziendali. D'altro canto, il più recente protocollo in assoluto, ossia quello relativo alle AOU di Napoli (luglio 2009), non sembra proporre innovazioni rispetto alla normativa nazionale. In ogni caso, è opportuno prendere in considerazione anche il contesto e la maturità degli SSR, alcuni dei quali hanno avuto storicamente un predominio dell'università nella gestione degli ospedali di insegnamento.

## Proposte per la progettazione degli assetti organizzativi e di governance delle Aziende Ospedaliero Universitarie

### *Obiettivo e metodologia*

Sono state definite alcune ipotesi di modelli di riferimento prima per gli assetti organizzativi e poi per la *governance* delle Aziende Ospedaliero-Universitarie. Le considerazioni che seguono si sono avvalse delle evidenze emerse dalle analisi effettuate e riportate nei capitoli precedenti e dei riscontri ottenuti tramite l'effettuazione di un *focus group*, organizzato presso il CERGAS - Università Bocconi, che ha visto la partecipazione di attori del settore (Direttori Generali, Direttori Sanitari, Direttori Amministrativi e dirigenti degli staff di diverse AOU, provenienti da varie Regioni italiane).

### *1. Modelli organizzativi*

Nel report sono presentati cinque modelli-archetipi di DAI che sono il frutto di una rielaborazione teorica fondata sull'analisi condotta per le precedenti linee di ricerca. Gli archetipi organizzativi partono dal presupposto che la divisionalizzazione in senso aziendale dell'ospedale, che implica un maggior decentramento decisionale verso il dipartimento, sia l'opzione organizzativa di fondo che può consentire un salto di qualità nella conduzione delle attività ospedaliere. Fa eccezione il quinto modello presentato che propone invece una rilettura in chiave innovativa e gestionale del tradizionale modello di funzionamento dello stabilimento ospedaliero presente in diverse realtà regionali italiane.

I modelli prevedono organi e organismi che trovano applicazione all'interno del dipartimento per disposizioni normative (direttore dipartimento, direttori UOC o UOS, comitato di dipartimento) o che possono essere ulteriormente previsti per migliorarne il funzionamento (responsabile infermieristico, giunta di dipartimento, ecc.). Inoltre, possono essere introdotti ulteriori ruoli di integrazione per migliorare il funzionamento del dipartimento (Responsabile Amministrativo, Operation Manager, ecc.).

### Modello A “anglosassone”

Il primo modello ipotizzato, rappresentato nella Figura 7, è quello che viene tipicamente utilizzato nei Paesi anglosassoni.

In questo modello i Dipartimenti Universitari (DU) si fondono nei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) per favorire pienamente la ricerca dell'integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

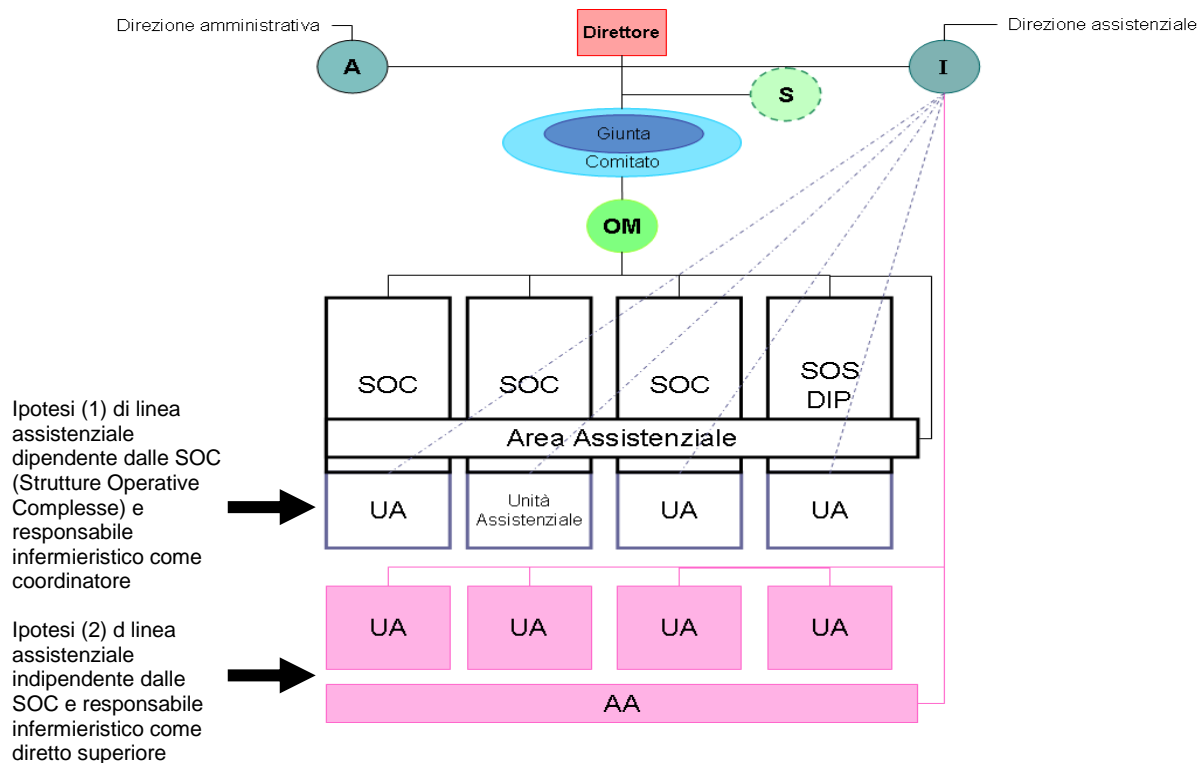
La figura centrale di questo modello è rappresentata dall'*operations manager* (OM), che riveste il ruolo di “cinghia di trasmissione” tra il direttore di dipartimento e i responsabili delle strutture, favorendo il coordinamento delle attività clinico-assistenziali del dipartimento e l'ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse produttive.

È possibile prevedere la figura del responsabile Scientifico (S), il quale coordina le attività di didattica e ricerca in stretta collaborazione con l'OM.

Il coordinamento con i vertici aziendali avviene attraverso il piano strategico aziendale (che detta le linee di orientamento di lungo periodo dell'intera azienda) e il sistema di performance management (budget, BSC, ecc.).

Rispetto alle funzioni e al ruolo svolto dal Responsabile Infermieristico Dipartimentale, questo modello può rispondere ad entrambe le ipotesi (che vengono riportate graficamente nella figura): gestione gerarchica delle Unità Assistenziali o ruolo di coordinamento delle attività assistenziali all'interno delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali.

Figura 7. Modello A “Anglosassone”



### Modello B “con coordinatori per materia A-D-R”

Il secondo modello previsto, riportato nella Figura 8, prevede che il capo del dipartimento sia coadiuvato da alcune figure:

1. un referente per la ricerca (che svolge funzione di interfaccia con l'università),
2. un referente per la didattica (che svolge funzione di interfaccia con l'università),
3. un referente per l'assistenza clinica,
4. un responsabile infermieristico dipartimentale,
5. un responsabile amministrativo dipartimentale.

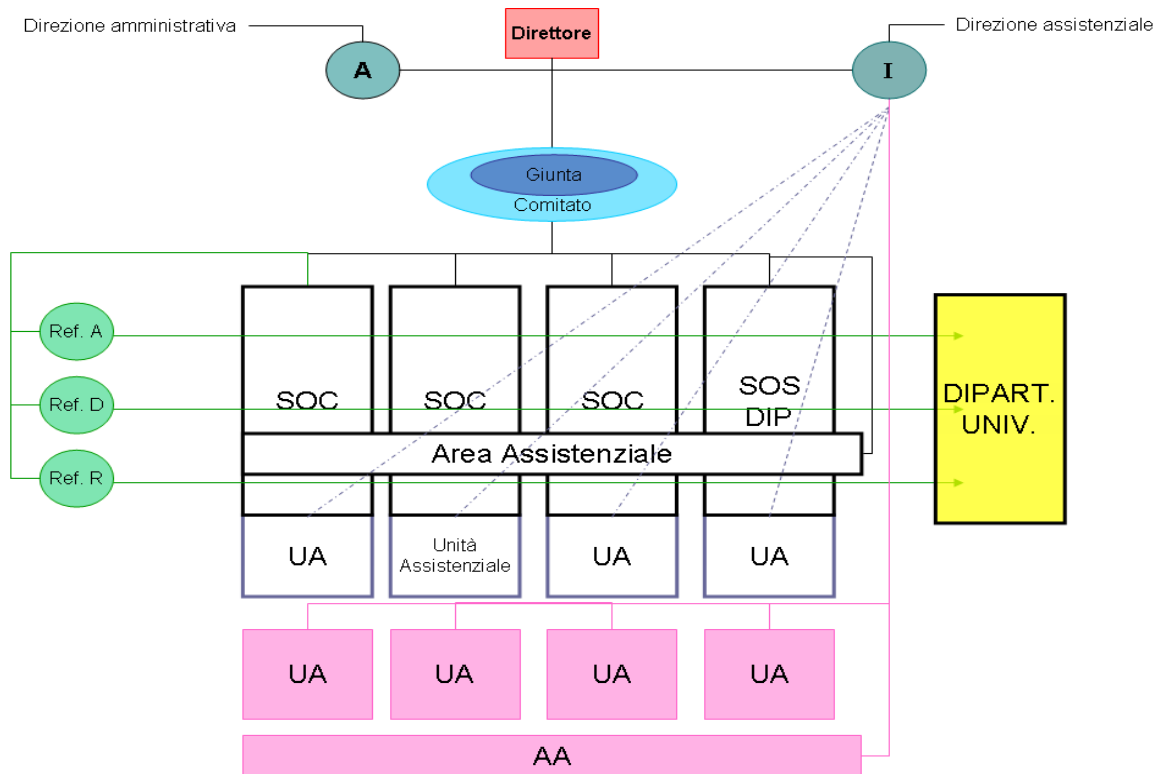
La presenza delle tre figure di coordinamento di assistenza, ricerca e didattica (A-D-R) favorisce l'integrazione tra le tre *mission* dei *teaching hospitals* a livello dipartimentale e l'integrazione tra DAI e DU, che in questo modello rimangono entrambi presenti.

Come nel caso precedente, il coordinamento con i vertici aziendali avviene attraverso il piano strategico aziendale (che detta le linee di orientamento di lungo periodo dell'intera azienda) e il sistema di performance management (budget, BSC, ecc.).

Rispetto alle funzioni e al ruolo svolto dal Responsabile Infermieristico Dipartimentale, questo modello può rispondere ad entrambe le ipotesi (che vengono riportate graficamente nella figura): gestione gerarchica delle Unità Assistenziali o ruolo di supporto per il coordinamento delle attività assistenziali all'interno delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali.



Figura 8 Modello B “Divisionale con coordinatori per materia A-D-R”



### Modello C “ con project manager”

Il terzo modello proposto, che viene rappresentato nella Figura 9, non prevede la presenza di ruoli “stabili” (ad esclusione del Responsabile Infermieristico che coadiuva il lavoro del direttore di dipartimento stabilmente).

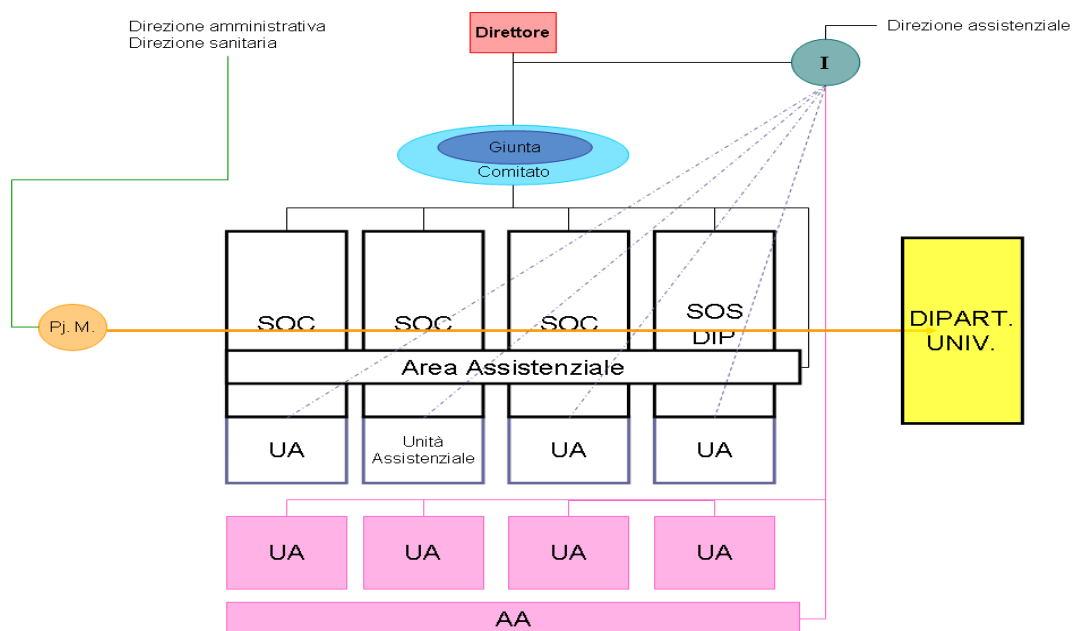
La figura centrale del modello è rappresentata dal Project Manager che, da un lato, fa da *trait d’union* tra i servizi centrali (amministrativi e sanitari) e il dipartimento, supportando i dipartimenti nell’implementazione di progetti speciali per promuovere l’innovazione organizzativa e gestionale, dall’altro, coinvolge fattivamente nei progetti di innovazione i membri dei dipartimenti universitari per ricercare l’integrazione tra le funzioni di assistenza, ricerca e didattica.

All’interno del dipartimento possono esservi più Project Manager che seguono diversi progetti, anche in comune tra più dipartimenti, oppure un unico Project Manager specificamente dedicato a tutti i progetti innovativi del singolo dipartimento.

Per le routine operative il coordinamento con i vertici aziendali avviene attraverso il sistema di performance management (budget, BSC, ecc.), negoziato tra dipartimento e direzione strategica. Da osservare che questo modello, fondandosi sul solo ruolo di supporto al Direttore DAI dato dalle figure di project manager, è il modello che si presta meno alla “divisionalizzazione” tra quelli fino ad ora discussi.

Rispetto alle funzioni e al ruolo svolto dal Responsabile Infermieristico Dipartimentale, questo modello può rispondere ad entrambe le ipotesi (che vengono riportate graficamente nella figura): gestione gerarchica delle Unità Assistenziali o ruolo di supporto per il coordinamento delle attività assistenziali all’interno delle Strutture Complesse e Semplici dipartimentali.

Figura 9 Modello C “Divisionale con project manager”



#### Modello D “con project manager e coordinatori per materia”

Il quarto modello ipotizzato presenta congiuntamente le caratteristiche dei modelli B e C, prevedendo sia la figura del project manager, sia quelle dei coordinatori per materia (assistenza, ricerca e didattica). In tal modo si cerca di dare maggiore robustezza al sistema (dato che in questo modello non sono previsti né il responsabile amministrativo, né l'*operations manager*), affiancando a responsabili dei singoli progetti di innovazione (Project Manager) i ruoli di interfaccia tra DAI e DU (i tre referenti per materia) che si ricercano specificamente la coerenza tra le attività e le linee di sviluppo di assistenza, didattica e ricerca.

#### Modello E “Separazione tra asset management e responsabilità clinica”

Il quinto e ultimo modello proposto, rappresentato nella Figura 10, si basa sulla separazione di due assi gestionali:

1. dipartimenti, che raggruppano un insieme di UO e che hanno una funzione esclusivamente di carattere clinico-scientifico;
2. piattaforme produttive, che raggruppano tutti gli asset produttivi, in particolare sale operatorie, ambulatori e posti letto.

In questo modello i Dipartimenti ad Attività Integrata sono luoghi di integrazione e dialogo professionale, di definizione delle politiche per la ricerca, la didattica e l'assistenza.

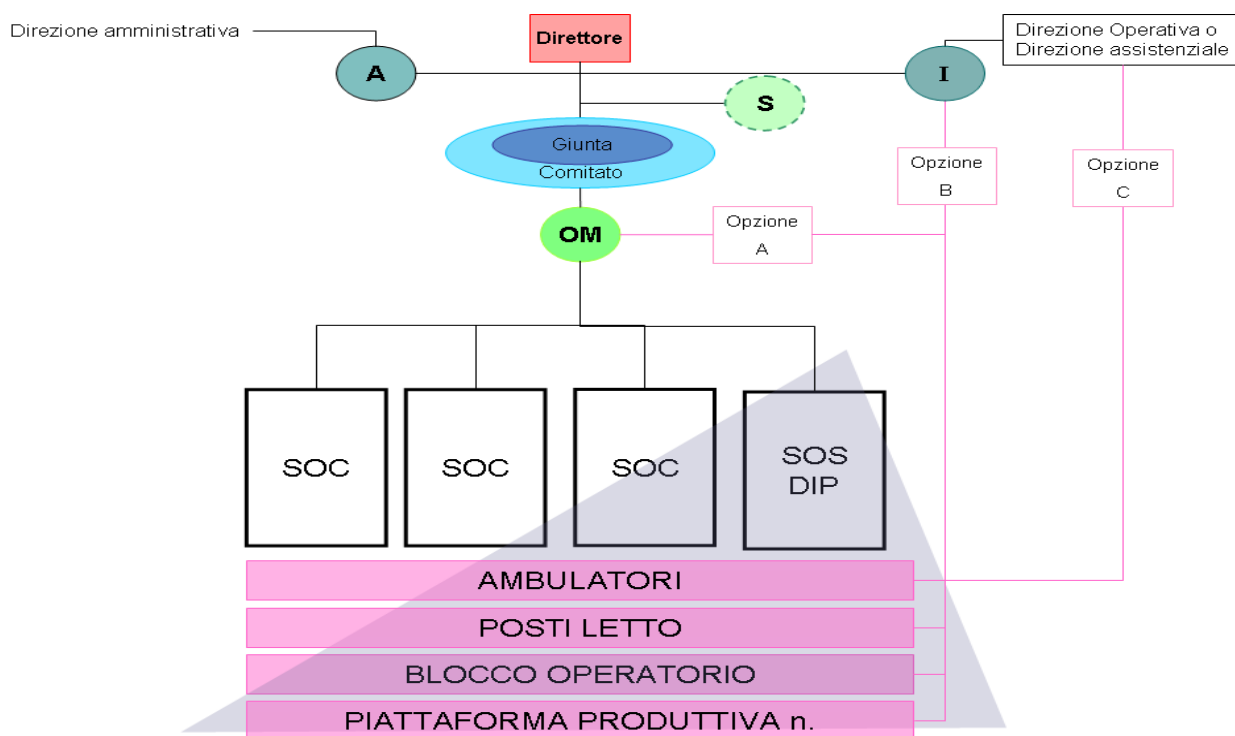
La gestione delle piattaforme produttive condivise (allocazione programmata, gestione eccezioni, rispetto delle procedure, ecc.) è demandata all'*Asset manager*, che a sua volta può essere:

1. dipartimentale, ruolo rivestito dall'*operations manager* (opzione A) o dal responsabile infermieristico (opzione B);
2. centralizzato (opzione C), dove il compito viene demandato alla direzione operativa (con la presenza di ruoli amministrativi come ingegneri ed economisti) o alla direzione assistenziale.

L'opzione C è certamente la più innovativa e quella che ha maggiori riflessi sull'organizzazione aziendale, in quanto le risorse produttive non sono più allocate ai singoli dipartimenti ma sono comuni a tutti i dipartimenti e gestite a livello centrale.

Questo modello permette ai medici di dedicarsi completamente alla loro professione e al governo clinico senza doversi preoccupare del funzionamento delle piattaforme produttive. Risulta però opportuno ricordare che vi sono una serie di resistenze culturali dei professionisti medici all'attuazione di questo modello, poiché sovverte i tradizionali poteri di gestione dei medici sulle risorse produttive.

Figura 10 Modello E “Separazione tra asset management e responsabilità clinica”



### Risultati del focus group

Il *focus group*, rappresentato da esperti di Aziende Ospedaliero-Universitarie nella figura dei DG, DS, DA e dirigenti di staff, è stato chiamato a valutare la fattibilità in termini gestionali e organizzativi dei diversi modelli organizzativi e ad esprimere una propria preferenza rispetto al modello giudicato più appropriato per la gestione dei *teaching hospitals*.

I risultati mostrano una preferenza verso il modello A “Divisionale Anglosassone” sia perché, con il confluire dei dipartimenti universitari nei dipartimenti ad attività integrata, favorisce la migliore integrazione fra assistenza, didattica e ricerca, sia perché si portano ad evidenza i vantaggi di una forte divisionalizzazione e decentramento delle decisioni verso i direttori di dipartimento, coadiuvati da figure innovative come l’Operations Manager e il Responsabile Scientifico.

Tuttavia, la convergenza verso il modello A non è netta poiché un numero di poco inferiore di esperti preferisce il modello E “Separazione tra asset management e responsabilità operativa”, in particolare con l’opzione C, poiché determina una *governance* chiara su un’unica linea (*asset* o produzione), un’ottimizzazione nell’utilizzo delle risorse produttive e una minore dispersione di personale.

Vengono valutati positivamente anche i nuovi ruoli di integrazione che, a seconda delle necessità aziendali e dei dipartimenti, potrebbero essere attivati per migliorare il funzionamento del dipartimento o l’integrazione tra assistenza, didattica e ricerca.

In ogni caso, qualsiasi scelta organizzativa non può essere avulsa dall’ambiente interno dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria, in termini di persone che vi lavorano e di clima organizzativo, di maturità manageriale dell’azienda e di storia pregressa nei rapporti con l’università. Perciò, rispetto al contesto aziendale potrebbero essere applicati, in un primo momento, modelli organizzativi che richiedono un impatto meno forte sul dipartimento (ad es. inserire nuovi ruoli di integrazione) e solo successivamente prevedere un

cambiamento verso modelli a forte divisionalizzazione come il modello anglosassone o con separazione della gestione delle risorse produttive demandata ad un organismo centrale.

Inoltre, la decisione rispetto alle alternative di modelli organizzativi dipende, in larga parte, dalle dimensioni del dipartimento (generalmente definite in termini di personale e posti letto). Infatti, quanto più un dipartimento è grande in termini dimensionali, tanto più aumenta il fabbisogno di coordinamento e, di conseguenza, è necessario che gli organi di *governance* di dipartimento (fra tutti il direttore di dipartimento e il responsabile infermieristico) riservino la totalità del loro tempo – o quasi – alla gestione del dipartimento stesso e che vengano coadiuvati da ruoli di integrazione o da referenti dei servizi centrali per specifiche tematiche.

Infine, rispetto al contesto esterno, è opportuno ricordare che l'analisi internazionale (Primo filone di ricerca) ha portato a definire una correlazione tra decentramento decisionale (in termini di autonomia dei livelli organizzativi intermedi, quali i dipartimenti) e competitività del sistema sanitario di riferimento. La realizzazione dei modelli organizzativi è anche legata, quindi, alla presenza di determinate condizioni esterne, ossia incentivi provenienti dai vertici istituzionali per una maggiore competitività e spinta imprenditoriale degli erogatori di servizi sanitari. L'introduzione di una vera "competition" nel SSN, fondata su un utilizzo dei "quasi-mercati" più concreto e meno retorico, potrebbe quindi favorire la divisionalizzazione organizzativa all'interno delle Aziende Sanitarie e, nello specifico, delle Aziende Ospedaliere-Universitarie.

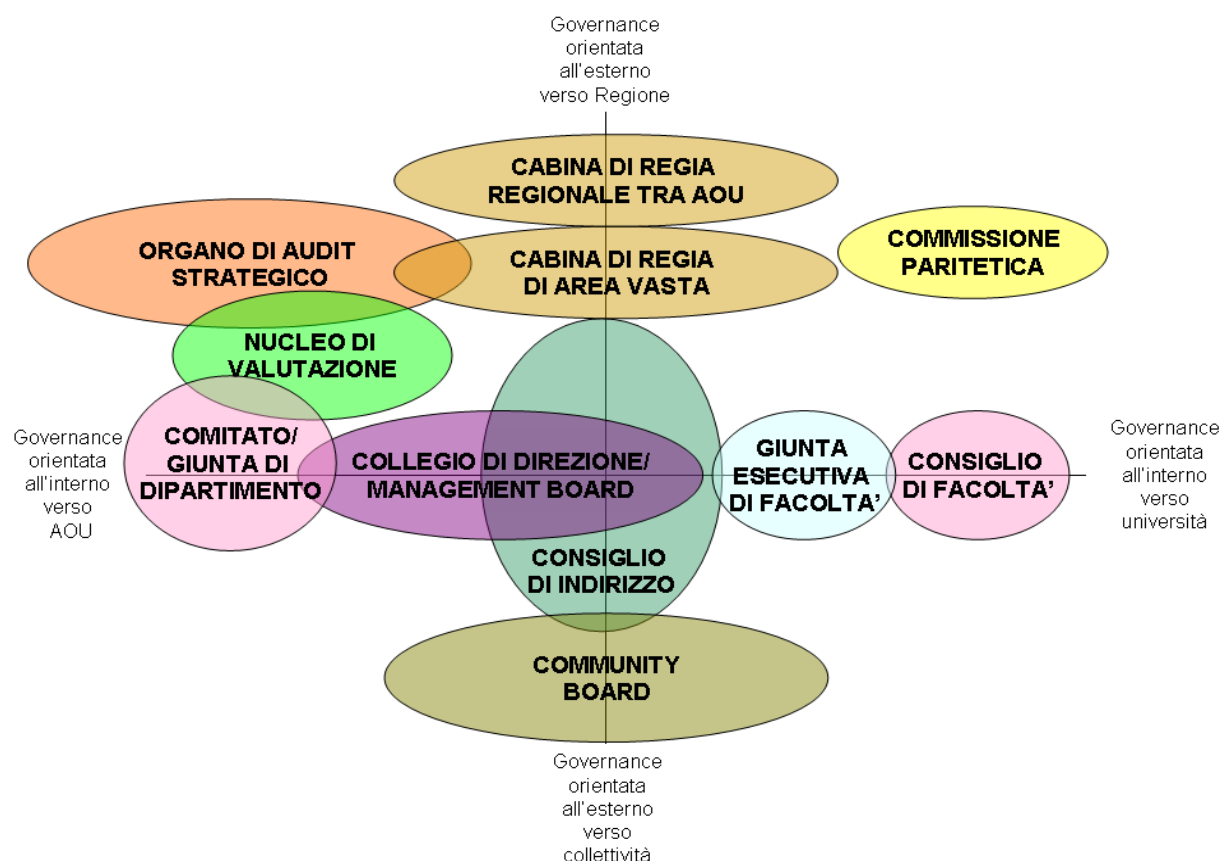
## 2. Portafoglio opzioni per costruire il sistema di governance

Al fine di definire i possibili assetti di *governance*, è stato elaborato un portafoglio di possibili opzioni tra organi e organismi che sono, da un lato previsti dalla normativa, dall'altro ipotizzabili e proponibili per migliorare il funzionamento del sistema.

La Figura 11 riporta una serie di organi e organismi la cui posizione rispetto agli assi è determinata dalla maggiore propensione a favorire una *governance* orientata all'interno o all'esterno:

1. nella prospettiva interna, l'esercizio della *governance* da parte di questi organi/organismi potrebbe volgersi maggiormente verso l'AOU o, alternativamente, verso l'Università;
2. nella prospettiva esterna, verso la Regione o verso la "collettività" di riferimento.

Figura 11. Un possibile portafoglio di opzioni per la costruzione del sistema di governance



Nel report finale vengono esplicitate funzioni e componenti di organi e organismi già previsti dalla normativa, introducendo anche delle ipotesi di modifica o integrazione del loro ruolo a favore di una migliore *governance*.

### *Risultati del focus group*

Il confronto effettuato nell'ambito del *focus group* ha permesso di evidenziare alcuni punti qualificati rispetto alla *governance* delle AOU.

Innanzitutto è emerso che gli organi e gli organismi attualmente previsti dalla normativa sono sufficienti, secondo gli esperti, per rispondere alle esigenze di governo del sistema delle AOU. Di conseguenza, non sono stati proposti ulteriori soggetti tra quelli ipotizzati.

Tuttavia, è indispensabile intervenire per far funzionare correttamente ed efficacemente gli organi/organismi già esistenti, agendo su tre fronti:

1. una chiara definizione dei ruoli e delle funzioni svolte da tali organi;
2. una selezione dei membri più mirata rispetto alle specificità delle AOU, in termini di competenze ed esperienze che questi devono aver maturato;
3. la strutturazione di *routine* di funzionamento, come ad es. la definizione di momenti obbligatori di convocazione, la preparazione di un'agenda dei lavori, la comunicazione dei risultati delle convocazioni e delle decisioni verso l'esterno, ecc.

Rispetto ai primi due punti è richiesto soprattutto un intervento istituzionale, sul terzo punto è lo stesso organo che, nella piena conoscenza del proprio ruolo, deve definire le proprie *routine* operative.

Tra le soluzioni di *governance*, gli esperti concordano nel ritenere sottovalutato l'aspetto dell'*accountability* verso l'esterno, ossia verso la collettività territoriale di riferimento.

Questo aspetto può essere perseguito attraverso la costituzione di un organismo, definito "Community board", che supervisiona l'attività delle Aziende Ospedaliero-Universitarie producendo pressione sociale sulle scelte strategiche che le investono. Tra le regioni italiane, vi sono due esempi che si avvicinano a una scelta di questo tipo: l'Emilia Romagna, che prevede un confronto anche sulla tematica delle AOU con la Conferenza dei Sindaci, e la Sicilia che, sulla base della recente riforma sanitaria, prevede che tutte le Aziende Sanitarie debbano far riferimento ad una sorta di "Non-executive board" (come spesso avviene nel contesto degli ospedali anglosassoni).

Alla luce di queste considerazioni, gli organi che si ritengono necessari per garantire il migliore assetto di Governance delle AOU sono:

- Commissione Paritetica
- Organo di Indirizzo
- Collegio di Direzione
- Comitati di Dipartimento
- Community Board

Il loro ruolo deve essere meglio specificato, anche sulla base delle proposte elaborate nel report.

Infine è necessario rimodulare i rapporti tra AOU e Università, basandoli sul reciproco riconoscimento del ruolo e su una vera integrazione che includa una reale corresponsabilità da parte dell'Università agli effetti dei risultati economici dell'AOU.



**CREAZIONE DI UNA STRUTTURA DI MONITORAGGIO PER L'ANALISI  
ORGANIZZATIVA E GESTIONALE DEL DIPARTIMENTO OSPEDALIERO NELLA  
PROSPETTIVA DEL GOVERNO CLINICO**

Gruppo di Lavoro dell'Università Cattolica del Sacro Cuore Centro di Ricerca Studi e  
Formazione Inter-Facoltà: Americo Cicchetti, Daniele Mascia, Federica Moranti, Ilaria Piconi,  
Valentina Iacopino

## **Introduzione e razionale**

Il SiVeAS, Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, è stato istituito nel 2007 con l'obiettivo di "provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati".

Gli esperti e le istituzioni collaboranti con il SiVeAS hanno il compito di supportare il Ministero della Salute per la produzione di strumenti valutativi ed implementativi di buone pratiche sul versante dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità dell'assistenza sanitaria nei vari ambiti regionali.

E' in questo ambito che si inquadra il contributo offerto dall'Università Cattolica del Sacro Cuore (Sede di Roma) per la creazione di una struttura di monitoraggio per l'analisi organizzativa e gestionale del dipartimento ospedaliero nella prospettiva del governo clinico.

Il progetto prende le mosse dalle evidenze prodotte da precedenti e numerose indagini volte ad analizzare la diffusione del modello dipartimentale nel Ssn tra il 2000 e il 2005. L'ultima indagine, tesa a comprendere il livello di diffusione del modello organizzativo dipartimentale, è stata svolta durante l'anno 2005 dal Ministero della Salute e i risultati pubblicati nell'anno 2007. L'indagine ha permesso di mappare le caratteristiche formali di oltre 1800 dipartimenti nelle aziende sanitarie italiane.

Tale indagine, come le precedenti, ha permesso di scattare una fotografia sulle caratteristiche progettuali dei dipartimenti ospedalieri fornendo però informazioni sugli elementi formali dei modelli non permettendo di approfondire la natura delle trasformazioni nei processi, nei modi di lavorare e nelle attitudini dei lavoratori a seguito dell'introduzione di tale modello. Come ogni indagine campionaria svolta attraverso questionario auto-compilato ha il limite di non permettere di comprendere quegli elementi che solo una analisi approfondita all'interno del contesto permettono di comprendere fino in fondo.

Il progetto del quale si presentano qui sinteticamente i risultati intendeva invece offrire una fotografia dettagliata di un numero congruo di dipartimenti ospedalieri attivati nell'ambito di strutture sanitarie afferenti al Servizio sanitario nazionale adottando l'approccio metodologico del case study.

Tale approccio ha il pregio di analizzare le organizzazioni nel proprio interno, valorizzando gli elementi di contesto e approfondendo le realtà operative grazie ad un metodo di rilevazione basato su interviste dirette sul campo.

In particolare, l'interesse del SiVeAS nel supportare questo progetto, risiedeva nel riconoscimento delle potenzialità di questo metodo utile a comprendere se e in quali condizioni l'adozione di un modello dipartimentale potesse realmente promuovere il governo clinico delle attività assistenziali all'interno delle aziende del Ssn. L'interesse nasceva quindi dalla consapevolezza, diffusa nella letteratura specialistica, che la diffusione degli strumenti tipici del governo clinico fossero una prerequisite affinché la qualità dell'assistenza potesse realmente essere garantita ai pazienti e ai cittadini in tutto il Ssn.

## **Background istituzionale e teorico**

Il modello organizzativo dipartimentale nasce e si diffonde quale soluzione organizzativa alla crescente necessità di integrazione in ambito assistenziale. Soprattutto nei grandi ospedali di insegnamento americani, negli anni '60 si assiste ad una notevole specializzazione in ambito clinico con la progressiva moltiplicazione del numero di specialità attive nell'ambito delle strutture sanitarie. Ciò da un lato ha favorito lo sviluppo verticale delle competenze e l'accelerazione delle economie di apprendimento, dall'altro ha tuttavia indotto le organizzazioni sanitarie a dover mettere in atto decisioni volte a fronteggiare il rischio di frammentazione dell'azione organizzativa. La progressiva differenziazione organizzativa, indotta dalla iper-specializzazione, se non accompagnata da azioni e strumenti volti all'integrazione produce problemi di coordinamento interno all'organizzazione (Lawrence e Lorsch, 1969). Soprattutto nel contesto attuale assistiamo ad una crescente richiesta di servizi sanitari integrati.

Gli studi di organizzazione sanitaria si occupano ormai da un ventennio di individuare e valutare modelli organizzativi per il coordinamento e l'integrazione. Molti studi e indagini empiriche sono stati realizzati sul modello



dipartimentale, a seguito della decisione del legislatore di introdurre questo strumento quale soluzione organizzativa per il coordinamento dell'assistenza negli ospedali del Ssn. La letteratura nazionale è ricca di indagini che hanno studiato la diffusione del modello dipartimentale nel Ssn (Lega, 1999; Bergamaschi e Cantù, 2000; Cicchetti e Baraldi, 2001; Anessi Pessina, et al., 2003; Lega, 2008; Cicchetti et al. 2009). Anche la letteratura internazionale offre numerosi contributi che analizzano il modello dipartimentale soprattutto in paesi come il Regno Unito o l'Australia, dove il dipartimento appare adottato diffusamente negli ospedali (Stuart, Spurgeon e Cook, 1995; Zorab e Lloyd, 1995; Hanlon et al. 1997; Braithwaite, 2006a; Braithwaite, 2006b; Braithwaite et al., 2006).

Nonostante la sua ampiezza, questa letteratura presenta ancora alcuni limiti. In primo luogo, allo stato attuale sono ancora limitate le evidenze sull'efficacia del modello dipartimentale. Nel nostro paese gran parte degli studi analizzano il dipartimento sul piano teorico, mentre le indagini empiriche tendono soprattutto a "mappare" il grado di diffusione del nuovo modello nelle diverse regioni italiane. La letteratura internazionale ha invece approfondito il tema dell'efficacia del modello dipartimentale, ma la numerosità dei casi di studio documentati in queste ricerche destano preoccupazioni in merito alla possibile generalizzabilità dei risultati ad altri contesti sanitari. Un altro importante limite degli studi sin qui condotti riguarda l'assenza quasi completa dell'analisi dell'effettivo funzionamento del modello organizzativo, poiché non vi è traccia della reale implementazione del modello dipartimentale nella prospettiva del governo clinico. Questa lacuna appare significativa soprattutto se si considera che il Ministero della Salute ha esplicitamente indicato il dipartimento quale contesto ideale per lo sviluppo delle attività del governo clinico volte a migliorare la qualità dell'assistenza. Ciò che dunque deve ancora essere esplorato riguarda la valutazione dell'efficacia e dell'effettiva realizzazione del modello dipartimento, in particolar modo considerando l'emergente prospettiva del governo clinico.

## Obiettivi

Al fine di colmare questo gap conoscitivo a partire dal 2008 l'Università Cattolica del Sacro Cuore nell'ambito del progetto SiVeAS si è posta come obiettivo di sviluppare un modello – o “*framework*” – finalizzato alla valutazione dell'efficacia del modello dipartimentale in senso generale. La fase di testing è stata condotta in oltre sessanta realtà dipartimentali afferenti ad un campione di trenta aziende sanitarie. L'intento è quello di fornire alcune risposte a questioni ancora aperte:

- l'adozione del modello dipartimentale ha effettivamente cambiato i processi di gestione dell'assistenza?
- ha favorito un migliore coordinamento organizzativo tra i professionisti (integrazione)?
- gli operatori come hanno percepito il passaggio al nuovo modello?
- ha migliorato la qualità dell'organizzazione e quindi delle cure?
- È possibile riscontrare degli effetti dalla transizione verso un modello dipartimentale in termini di migliore efficacia e migliori esiti?

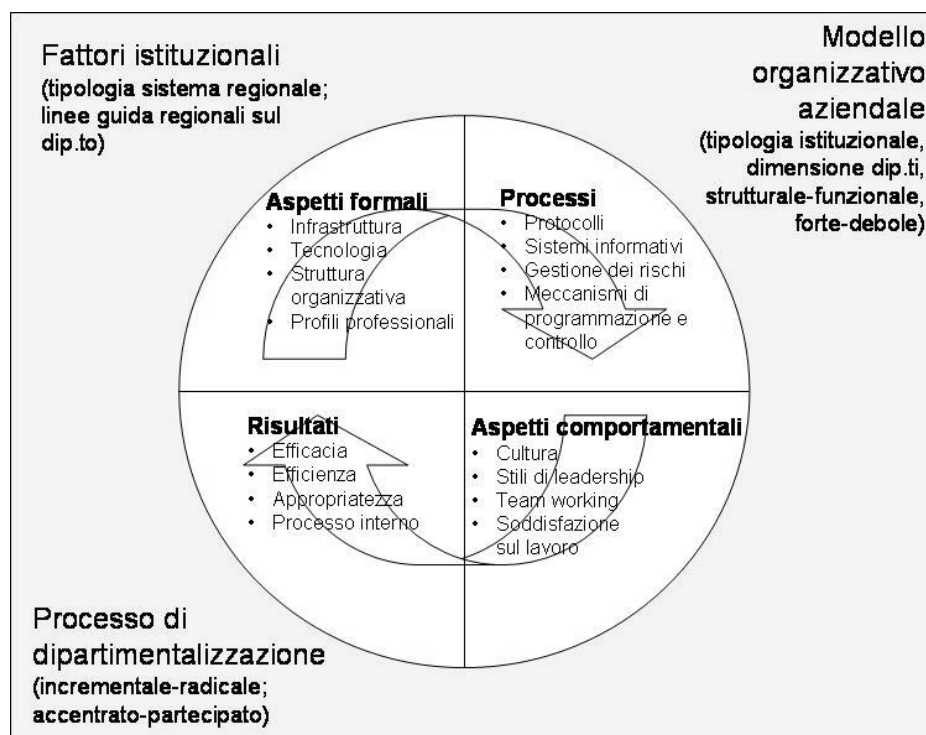
## Il modello concettuale di riferimento

Il modello, sviluppato sulla base della letteratura organizzativa e di management, ha isolato alcune variabili esplicative della performance da poter successivamente correlare con gli indicatori di performance multidimensionale del dipartimento. Le variabili individuate sono inerenti a tre livelli: extra-organizzativo, organizzativo e intra-organizzativo.

Nello specifico le determinanti per la performance dipartimentale sono riportate in Figura 1 e sono:

- fattori istituzionali (livello extra-organizzativo)
- assetti aziendali (livello organizzativo)
- modello di cambiamento (livello organizzativo);
- assetti dipartimentali formali (livello intra-organizzativo);
- processi interni (livello intra-organizzativo);
- comportamento organizzativo dei professionisti (livello intra-organizzativo);

**Figura 1: Il modello di valutazione per l'efficacia del modello dipartimentale**



Tale modello permette di apprezzare aree ed elementi determinanti della performance che sono sia interni che esterni al singolo dipartimento. La performance della singola unità dipartimentale – o divisionale – dipende, infatti da una gamma di elementi molto complessi che riguardano il **singolo dipartimento**. La struttura dipartimentale, i processi organizzativi interni, il comportamento degli individui che ne fanno parte costituiscono una prima grande area chiave che è in grado di influenzare in maniera significativa la performance del dipartimento stesso. Considerando che il modello dipartimentale, appare ancora troppo spesso una struttura adottata ma non implementata, la realizzazione di processi interni dipartimentali ed il comportamento organizzativo possono esse stesse essere considerate aree di risultato. In altre parole, la presenza di aspetti comportamentali specifici, come ad esempio la tendenza a lavorare in gruppo invece che “in solo”, e di processi consolidati, come ad esempio testimoniato dalla presenza di protocolli diagnostico-terapeutici dipartimentali, denotano l’effettivo funzionamento del dipartimento e sono prerequisito indispensabile per la sua efficacia. La prospettiva del governo clinico ha espressamente richiamato l’attività di produzione di protocolli condivisi ed il “team working” quali attività indispensabili per il miglioramento della qualità nelle strutture sanitarie.

Oltre a questi fattori interni, vi sono poi i fattori esterni che riguardano l’intera azienda o il contesto regionale nel quale la struttura dipartimentale viene realizzata. Il quadro istituzionale regionale, ad esempio, incide sul funzionamento dipartimentale e sui suoi risultati in quanto è nelle prerogative regionali emanare atti di indirizzo volti a regolamentare l’assetto organizzativo dipartimentale.

Emergono dunque complessivamente tre aree che incidono sul funzionamento e sull’efficacia del dipartimento:

- il contesto istituzionale regionale di riferimento,
- il contesto aziendale e il suo modello organizzativo generale;
- gli elementi formali nella progettazione dei dipartimenti (dimensione operativa, dotazioni di personale, aspetti infrastrutturali e tecnologici).

I primi sono fattori “esogeni”, ovvero che esulano dallo spazio strategico e dalla discrezionalità del top management aziendale. Le leve chiave di progettazione sono quelle che invece afferiscono al livello aziendale e dipartimentale. Poiché l’elemento distintivo della ricerca condotta è l’analisi di efficacia del modello dipartimentale e non dell’azienda, è soprattutto su questi ultimi che si concentra l’attenzione del modello che è stato sviluppato. Valutare la performance dipartimentale implica da un lato individuare aree chiave della performance e dall’altro misurare “i risultati” prodotti dal dipartimento. Ma quali aspetti strutturali hanno rilevanza? E’ possibile classificare secondo una prospettiva organizzativo-gestionale i dipartimenti che sono stati adottati nel Ssn?

In questo studio i dipartimenti analizzati sono stati classificati prescindendo da modelli aprioristici ben noti in letteratura. Infatti la definizione di “dipartimento strutturale” o di “dipartimento funzionale” lasciano spazio ad una miriade di interpretazioni e non garantiscono che due strutture appartenenti alla stessa categoria siano oggettivamente analoghe in termini di modalità di governo dei processi, di strumenti adottati e organizzazione interna del lavoro.

Per questo si è scelto di classificare i vari dipartimenti in una chiave di progettazione organizzativa identificando alcuni parametri progettuali considerati dalla letteratura come rilevanti ai fini della performance (Mintzberg, 1983; Thompson, 1967; Lawrence e Lorsch, 1969; Daft, 2007) ed in particolare:

Il livello di **decentramento/accentramento** è un importante parametro strutturale della progettazione organizzativa che riguarda il livello gerarchico nel quale vengono prese le decisioni (Daft, 2007). Quando l’autorità decisionale è confinata ai livelli gerarchici superiori, vi è una elevata centralizzazione delle decisioni organizzative. Al contrario, quando le decisioni vengono delegate ai livelli organizzativi più bassi, il potere decisionale è decentrato. La decisione di centralizzare o decentrare il potere decisionale risulta necessariamente connessa con il livello di autonomia concessa ai livelli più bassi dell’organizzazione: tanto maggiore sarà l’autonomia tanto più si verificherà un decentramento del potere decisionale (Cicchetti, 2004).

Il modello dipartimentale si configura alla stregua di un modello divisionale (Lega, 2008) dove “la direzione centrale lascia alle divisioni un’autonomia quasi completa nell’assunzione delle decisioni relative ai prodotti-mercati assegnati e controlla successivamente i risultati di queste decisioni” (Mintzberg, 1983: 328). In modo del tutto simile, l’adozione di un modello dipartimentale richiede un certo grado di decentramento di competenze – sia amministrativo-gestionali che tecnico-professionali - dal livello direzionale al livello dipartimentale, rendendo in questo modo possibile una assunzione di responsabilità di carattere organizzativo, strategico ed economico. Il decentramento, dato dal decentramento delle attività amministrative e delle attività tecnico-professionale, riguarda il grado di libertà nella assunzione delle decisioni che la direzione aziendale conferisce al dipartimento. Tanto maggiore sarà il decentramento, tanto più ampia sarà la responsabilizzazione del dipartimento nella gestione delle attività amministrative e nella realizzazione del governo clinico.

Oltre a configurarsi come una struttura di coordinamento basata sulla supervisione diretta da parte di un direttore sui dirigenti delle unità operative complesse afferenti allo stesso, il dipartimento si delinea alla stregua di “contenitore” per altri meccanismi di coordinamento (Cicchetti, 2004).

Le organizzazioni complesse quali i dipartimenti presuppongono l’esistenza di interdipendenza tra componenti organizzative anche complesse quali ad esempio unità operative, reparti assistenziali etc. L’analisi delle interdipendenze consente di comprendere in quale misura le diverse unità dipendono le une dalle altre per risorse o materiali al fine di svolgere i propri compiti (Thompson, 1967). Le interdipendenze danno vita ad un fabbisogno di **integrazione** che richiede interventi organizzativi per il coordinamento delle diverse unità (Cicchetti, 2004).

Gli interventi tesi a garantire il coordinamento di attività altamente interdipendenti possono essere di varia natura (Mintzberg, 1983).

Il principale meccanismo di coordinamento in tale ambito è la **standardizzazione**. La standardizzazione opera come forma di coordinamento “preventivo” realizzato per mezzo di routine o regole che vincolano l’azione di ogni unità secondo itinerari intrapresi dalle altre nelle relazioni di interdipendenza (Thompson, 1967).

Ciò si esplicita nella possibilità di adottare efficacemente i diversi meccanismi di coordinamento in virtù della accettazione degli stessi da parte della componente professionale delle organizzazioni attraverso una condivisione di **norme culturali** (es. implementazione EBM), considerata da buona parte della letteratura organizzativa in grado di garantire ampia parte del coordinamento necessario (Grandori, 1995), ma anche tramite la standardizzazione delle **capacità** (es. formazione, ECM). Inoltre, la ricerca di meccanismi di coordinamento efficaci per il governo delle organizzazioni sanitarie pone particolare enfasi sui meccanismi basati sulla standardizzazione delle **attività di lavoro** realizzati attraverso l’implementazione di protocolli diagnostico terapeutici oppure tramite l’utilizzo della cartella clinica integrata, nonché, infine, sugli output di assistenza sanitaria (Longest e Young, 2000).

La standardizzazione, come detto, è uno dei meccanismi per l’integrazione e il coordinamento. Oltre alla definizione di un set di regole di comportamento – o standard - il quotidiano funzionamento delle attività organizzative può essere affidato a collegamenti laterali formali e informali. Un esempio di coordinamento realizzato attraverso strumenti informali è il reciproco adattamento da parte dei membri dell’organizzazione (Mintzberg, 1983).

Esiste poi una ampia gamma di meccanismi per favorire i rapporti fra le persone o unità che vengono incorporati nell’organizzazione formale. Le posizioni di collegamento (o ruoli integratori) ne sono un esempio piuttosto tipico.

## Metodologia dello studio

La validazione del modello sviluppato per l’analisi organizzativa del modello dipartimentale in un’ottica di performance è stata condotta attraverso la realizzazione di “case study” (Yin, 1993; Stake, 1995). Tale metodologia può essere favorevolmente impiegata in varie tipologie di analisi, ma appare particolarmente utile per comprendere gli elementi fondamentali che incidono sui processi di cambiamento dentro le organizzazioni (Eisenhardt, 1989). Lo sviluppo dei casi è avvenuto predisponendo una serie di strumenti per la rilevazione e, successivamente, individuando alcune realtà aziendali e dipartimentali significative con il supporto del Ministero della Salute.

La preparazione degli strumenti di rilevazione ha richiesto in via preventiva la costruzione di un set di item utili a raccogliere le informazioni necessarie per tipizzare le strutture dipartimentali rispetto alle variabili di progettazione. Il gruppo di ricerca e gli esperti del Ministero della Salute hanno complessivamente individuato **128 item**. Una volta individuate le informazioni e gli item, sono stati individuati attori chiave e fonti secondarie al fine di raccogliere i dati. La Direzione Generale e la Direzione di dipartimento sono state individuate come aree fondamentali. Tuttavia, per quanto concerne la soddisfazione lavorativa anche il personale medico e infermieristico è stato coinvolto nella survey. Sono stati preparati due questionari semi-strutturati diretti, rispettivamente, alla Direzione Generale e ai Direttori/ Coordinatori di dipartimento, ed un questionario strutturato anonimo rivolto agli operatori, quest’ ultimo utilizzato per la rilevazione degli aspetti legati alla soddisfazione lavorativa del personale afferente al dipartimento.

A partire dal mese di maggio del 2008 fino al mese di gennaio del 2010 sono state contattate complessivamente **45 aziende sanitarie**. La selezione dei case studies è avvenuta in accordo con il Ministero della Salute sulla base di vari criteri quali la quantità di informazioni utilizzabili e la significatività delle strutture. Si tratta di un campionamento avvenuto selezionando “oggetti di indagine” ricchi di materiale informativo e dati. Trentatré aziende hanno complessivamente dato formale adesione allo studio. Nello specifico il campione è costituito da:

- 11 Aziende ospedaliere;
- 10 Aziende ospedaliere universitarie;
- 8 ASL;
- 3 IRCCS;
- 1 Policlinico universitario;

I dipartimenti che hanno definitivamente accettato di sottoporsi alla rilevazione sono nel complesso 63 . Sono stati intervistati:

- 33 direttori generali;
- 63 direttori di dipartimento;

Ad oltre 1500 tra medici, infermieri e tecnici afferenti ai dipartimenti analizzati, è stato somministrato un questionario dedicato per la rilevazione degli aspetti comportamentali. Dodici aziende hanno invece espressamente dichiarato di non voler partecipare al progetto di ricerca. Si tratta nello specifico di 7 Asl, 1 IRCCS, 2 Policlinici universitari, 2 Aziende ospedaliere.

Dopo la rilevazione, tramite un “delphi panel” si sono ricondotte le informazioni rilevate presso ogni dipartimento ad un set di indicatori utili per il monitoraggio delle caratteristiche organizzative del modello dipartimentale. Tali indicatori corrispondono alle dimensioni di progettazione organizzativa precedentemente esplicitati: “decentramento”, inteso sia come “decentramento della gestione amministrativa” che come “decentramento del governo clinico”, “integrazione” e “standardizzazione”. A partire dalle variabili del questionario, formulate per indagare le 5 aree del framework di riferimento (Figura 1), sono state costruite delle variabili latenti, quali indicatori sintetici del raggiungimento delle dimensioni di progettazione organizzativa da parte delle aziende e dei dipartimenti. Ciascuno di questi indicatori sintetici consente di ottenere un punteggio (o “score”) che concorre a determinare il posizionamento dell’azienda e dei dipartimenti rispetto alle dimensioni di progettazione organizzativa rilevanti.

I dati sono stati analizzati attraverso il software SPSS (vers. 13), conducendo analisi descrittive e di correlazione.

## **Principali risultati**

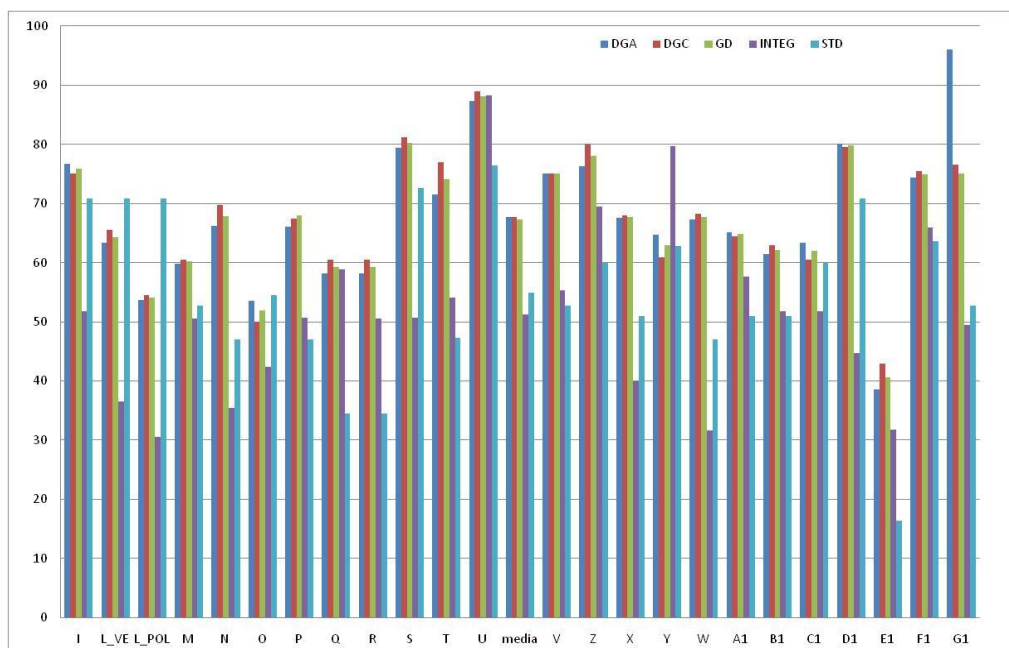
I principali risultati relativi al punteggio delle realtà organizzative indagate rispetto alle dimensioni chiave di progettazione organizzativa in un’ottica di performance sono di seguito riportati. L’utilizzo di grafici di tipo “radar” consente una lettura rapida di alcune evidenze che l’elaborazione dei dati documentano. Vengono presentate prima le evidenze a livello aziendale e successivamente quelle riguardanti il livello dipartimentale.

### *Gli score a livello aziendale*

La Figura 2 permette di visualizzare nell’insieme lo “score” conseguito da parte delle aziende del campione rispetto alle cinque dimensioni di progettazione organizzativa rilevanti.

Il grafico indica che la situazione delle aziende del campione è piuttosto eterogenea. Si nota una certa variabilità dei valori medi per le aziende. Molte di esse si collocano al di sopra dei valori medi (ad esempio le aziende G1, U ed S), molte altre presentano valori che si attestano attorno al valore medio. Solo in sporadici casi, tra cui il più significativo è l’azienda E1, ci sono valori nettamente al di sotto della media. Si osserva inoltre che il comportamento delle aziende non è omogeneo rispetto a tutte le dimensioni di progettazione organizzativa. Molto spesso valori al di sopra della media in una dimensione non corrispondono a “score” altrettanto elevati nelle altre.

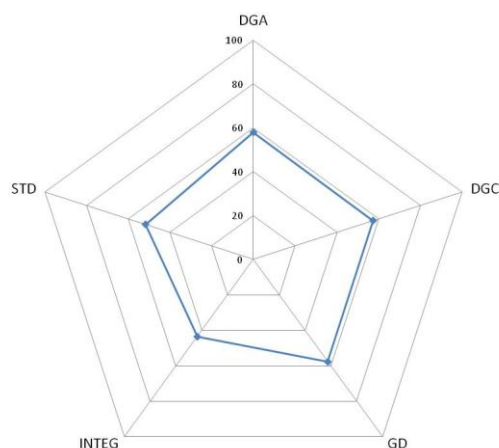
**Figura 2: I punteggi delle dimensioni di progettazione organizzativa (livello aziendale)**



### *I parametri progettuali chiave*

La Figura 3 consente di confrontare i diversi parametri progettuali a livello aziendale. Il grafico “radar”, che mostra le diverse dimensioni normalizzate e quindi direttamente confrontabili, indica chiaramente una maggiore tendenza a decentralizzare le attività più che a standardizzare e integrare da parte delle aziende del campione. Le aziende tendono inoltre a decentralizzare sia decisioni tecnico-professionali che gestionali amministrative.

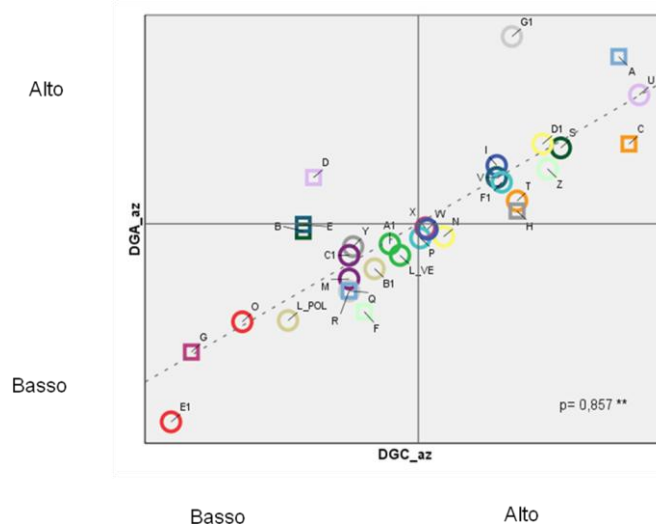
**Figura 3: Punteggio per le dimensioni di progettazione nelle aziende del campione**



### Correlazione tra modelli di decentramento

La Figura 4 mostra la correlazione tra “decentramento della gestione amministrativa” versus “decentramento del governo clinico”. La correlazione positiva e significativa ( $\rho = 0,857$ ;  $p \leq 0,01$ ) tra le due dimensioni evidenzia chiaramente che all’aumentare del punteggio ottenuto rispetto al “decentramento della gestione amministrativa” corrisponde un aumento del “decentramento del governo clinico”. L’integrazione appare la dimensione della progettazione dipartimentale meno implementata visto che in media ha uno score che è pari soltanto al 20% del punteggio massimo teorico.

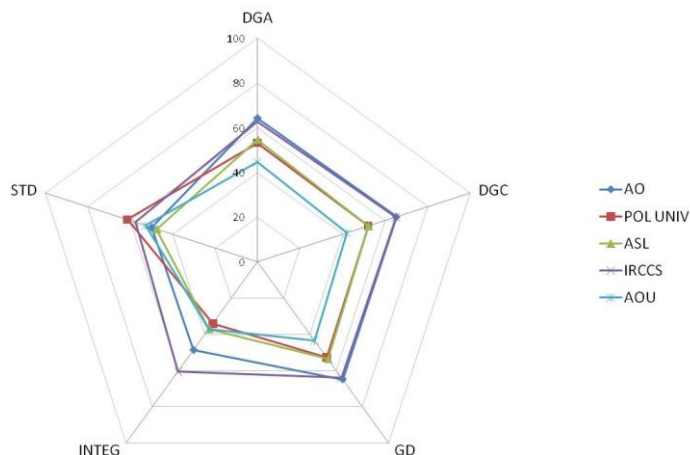
**Figura 4: Correlazione tra decentramento della gestione amministrativa e decentramento del governo clinico**



### Tipologia istituzionale e parametri progettuali

Il grafico “radar” in Figura 5 mostra i punteggi per le diverse dimensioni progettuali distinguendo le aziende del campione rispetto alla loro tipologia istituzionale. Complessivamente i risultati indicano che le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS costituiscono le tipologie di aziende per le quali i valori degli score sono nel complesso più elevati. Per gli IRCCS, in particolare, il valore del punteggio per la variabile “integrazione” appare significativamente superiore a quello delle altre tipologie istituzionali. Score modesti caratterizzano invece soprattutto Policlinici Universitari e Aziende Ospedaliere Universitarie. Altro dato significativo riguarda le ASL: per questa tipologia di azienda è molto ampio il margine di miglioramento per quanto riguarda la standardizzazione delle attività dipartimentali. Anche questo risultato non sorprende se si considerano le difficoltà che possono manifestarsi, ad esempio nel realizzare protocolli diagnostico-terapeutici, in contesti organizzativi che accolgono attività riguardanti livelli di assistenza differenti o strutture ospedaliere geograficamente distribuite sul territorio.

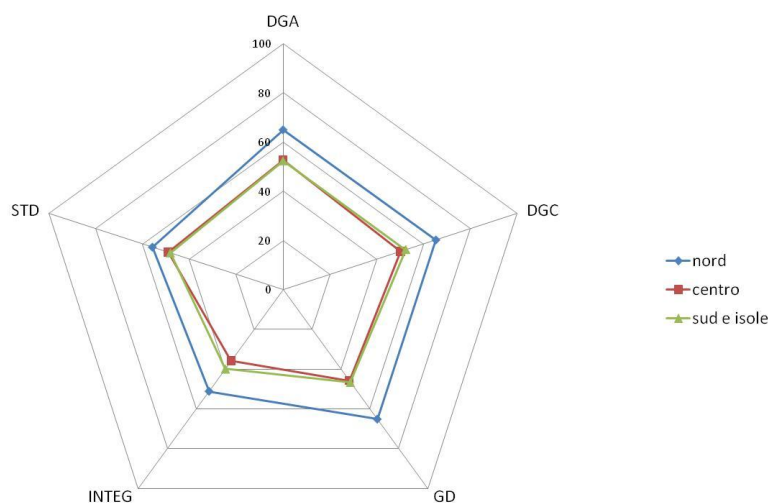
**Figura 5: Tipologia istituzionale delle aziende del campione e “score” progettuali – livello aziendale**



### La dimensione geografica

Il grafico in Figura 6 mostra i punteggi per le diverse dimensioni progettuali distinguendo le aziende del campione rispetto alla loro distribuzione sul territorio nazionale, distinguendo le aree del Nord, Centro e Sud-Isole. Complessivamente i risultati indicano che per le strutture localizzate nelle aree “Centro” e “Sud” si osservano margini di miglioramento maggiori rispetto a quelle localizzate nell’area “Nord”. Le aziende localizzate nel Nord del paese evidenziano score significativamente superiori in tutte le dimensioni della progettazione organizzativa dipartimentale. Il “gap” più elevato sembra caratterizzare soprattutto il decentramento delle attività di governo clinico, più elevato nelle aziende Nord rispetto a quanto realizzato nel Centro-Sud. La similarità degli score per le aziende localizzate al Centro e al Sud-Isole evidenzia una probabile adozione di soluzioni progettuali simili.

**Figura 6: Localizzazione geografica delle aziende e “score” progettuali – livello aziendale**

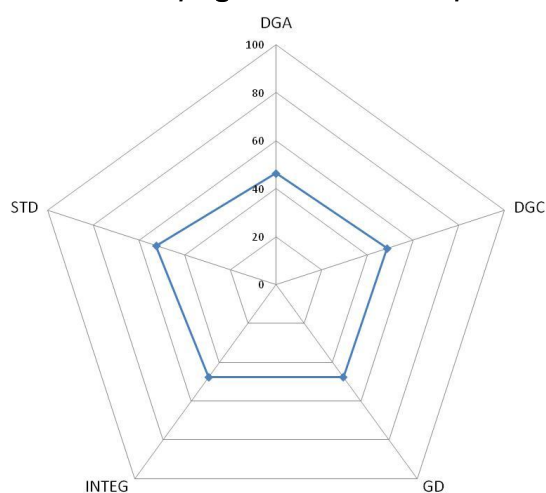




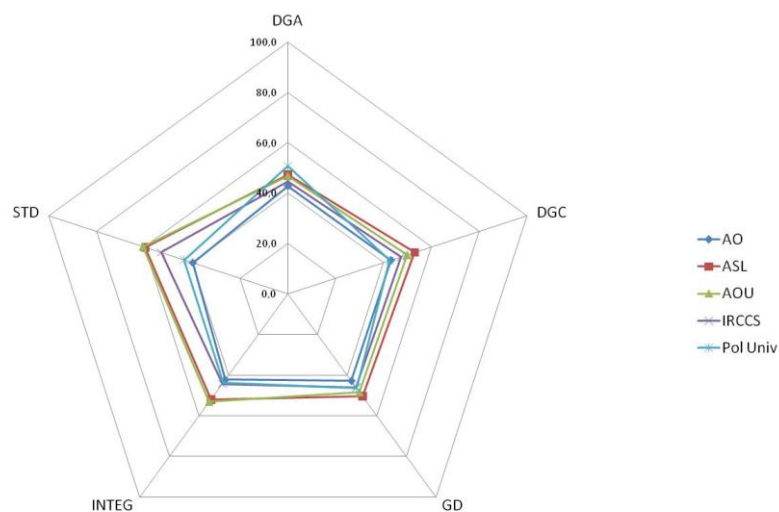
### *I risultati a livello dipartimentale*

Le Figure 7, 8 e 9 mostrano i grafici “radar” riportanti i punteggi riferiti ai singoli dipartimenti investigati nell’ambito delle aziende del campione. Nel complesso la presenza di alcuni elementi di diversità di questi risultati rispetto a quelli precedentemente presentati permette di sottolineare l’importanza di considerare il dipartimento come una unità di analisi distinta e diversa da quella aziendale.

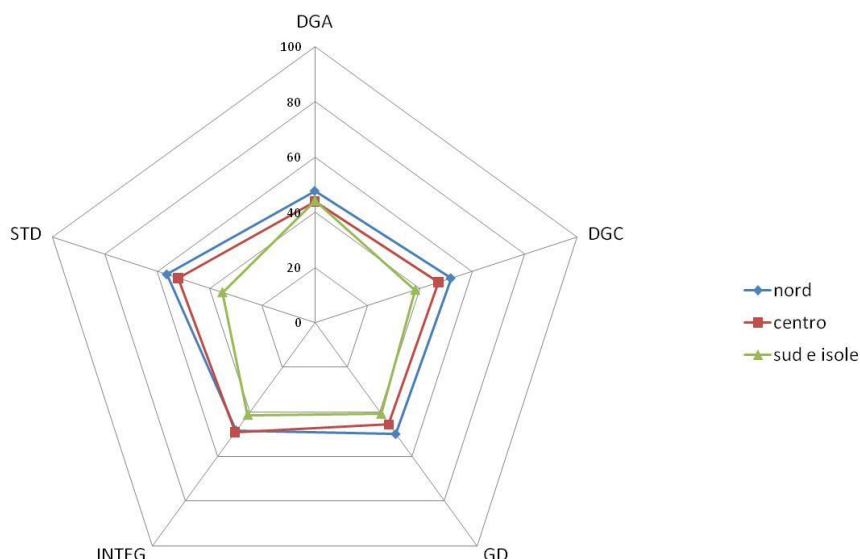
**Figura 7: Punteggio per le dimensioni di progettazione – livello dipartimentale**



**Figura 8: Tipologia istituzionale delle aziende del campione e “score” progettuali – livello dipartimentale**



**Figura 9: Localizzazione geografica delle aziende e “score” progettuali – livello dipartimentale**

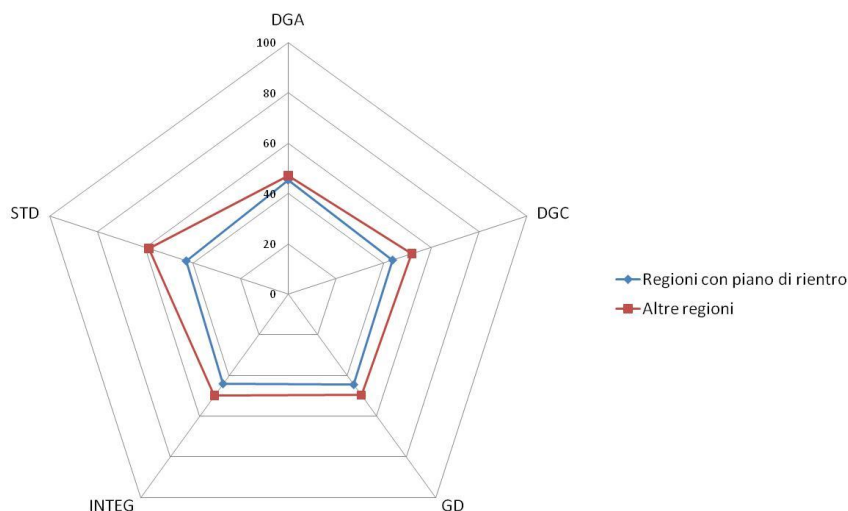


La Figura 7, ad esempio, permette di apprezzare come a livello dipartimentale non si registrino differenze significative, come invece è accaduto in precedenza per il livello aziendale, tra i punteggi delle diverse dimensioni di progettazione organizzativa. Per tutte le dimensioni chiave lo score medio è pari al 50 percento di quello teoricamente possibile. E' evidente dunque l'ampio margine di miglioramento che i dipartimenti hanno in termini di standardizzazione, integrazione e decentramento delle decisioni clinico-professionali e gestionali-amministrative.

Anche la Figura 8 evidenzia risultati interessanti, in quanto evidenzia gli score distinguendo le aziende per tipologia istituzionale. I risultati indicano che a livello dipartimentale gli score più elevati caratterizzano quei dipartimenti realizzati nelle ASL e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie. Tali dati, che differiscono profondamente da quelli visti in precedenza a livello aziendale, suggeriscono che le unità dipartimentali realizzate in contesti dove vi è una mancanza di coordinamento ed autonomia a livello aziendale tendono a realizzare maggiormente il coordinamento a livello dipartimentale attraverso la standardizzazione e l'integrazione. Ciò potrebbe segnalare la propensione a colmare dei “gap” di progettazione presenti a livello aziendale attraverso strumenti messi in atto dai dipartimenti come risposta ai fabbisogni di coordinamenti che emergono in contesti complessi ed eterogenei quali quelli accademici e territoriali. La Figura 9, infine, segnala che il margine di miglioramento per le strutture localizzate al Sud-Isole è marcatamente superiore a quello delle strutture localizzate al Centro e al Nord del paese.

Rispetto ai parametri di progettazione, abbiamo voluto infine compiere un'ulteriore comparazione distinguendo le aziende localizzate in regioni caratterizzate da piano di rientro da tutte le altre. L'analisi (Figura 10) evidenzia che vi sono più ampi margini per il miglioramento delle strutture localizzate in regioni caratterizzate da piano di rientro (Abruzzo, Campania, Lazio) rispetto a quelle localizzate nelle altre regioni. Questo risultato, che dovrà certamente essere approfondito da analisi ulteriori, segnala un “deficit” di progettazione che potrebbe avere ripercussioni sull'equilibrio economico-finanziario del dipartimento e, nel complesso, delle aziende di queste regioni.

**Figura 10: Confronto dei punteggi tra Regioni con e senza piano di rientro**



### Analisi della soddisfazione lavorativa

Ulteriori risultati riguardano il tema della soddisfazione lavorativa con l'obiettivo di comprendere se il grado di soddisfazione del personale medico, infermieristico e tecnico dipende dai criteri progettuali del dipartimento. Rispetto ai criteri di accorpamento delle unità operative afferenti ai dipartimenti esistono infatti diverse soluzioni riconosciute dalla letteratura e riscontrate nella pratica organizzativa. Nella maggior parte dei casi le aziende ospedaliere italiane adottano tre diverse soluzioni di accorpamento (dipartimenti per processo, dipartimenti per specialità e dipartimenti "misti") in relazione agli obiettivi perseguibili a partire dal processo di dipartimentalizzazione (Cicchetti et al., 2009).

Nello specifico i dipartimenti per processo risulteranno fortemente collegati all'obiettivo di integrare all'interno del medesimo contenitore una molteplicità di specialisti e di risorse tecnologiche al fine di fornire una risposta globale a pazienti complessi. Le unità operative saranno accorpate su base processuale rispetto ad una medesima patologia (dipartimenti oncologici), oppure rispetto ad un medesimo organo o apparato (dipartimento cardiovascolare). I dipartimenti configurati in tale modo saranno pertanto in grado di aumentare l'efficacia nel trattamento di quei pazienti che necessitano di un sistema integrato di cure. L'obiettivo dei dipartimenti per area specialistica invece sarà rappresentato dalla volontà di condividere conoscenze e tecnologie da parte di professionisti nella medesima specialità, perseguendo un vantaggio in termini di economie di scala. Le unità operative in questi casi saranno accorpate sulla base del grado di similarità delle conoscenze dei professionisti (dipartimenti di area medica o chirurgica) oppure rispetto alle risorse e tecnologie utilizzate per i pazienti (dipartimenti di diagnostica per immagini). Infine i dipartimenti misti includono quei casi in cui non è possibile determinare con chiarezza la logica di accorpamento utilizzato per federare le unità operative.

L'analisi realizzata a partire dai dati comportamentali rilevati nel personale afferente ai dipartimenti oggetto dell'indagine, indicano una maggiore soddisfazione lavorativa in quei professionisti impiegati all'interno di dipartimenti di tipo processuale (criterio nosografico, criterio dell'organo apparato), rispetto ai professionisti che lavorano all'interno di dipartimenti per area specialistica. Il dipartimento per area specialistica infatti è stato in più occasioni percepito alla stregua di un ampliamento delle realtà organizzative ante- dipartimentali (Cicchetti, 2004), non rappresentando un cambiamento sostanziale nel modo di lavorare delle persone. Nei dipartimenti considerati *di processo* al contrario, la necessità di federare una molteplicità di figure professionali differenti al fine di dare una risposta a pazienti generalmente complessi, implica un certo grado di cambiamento nel modo di lavorare, definibile come sostanziale, in grado di avere un impatto positivo sulla soddisfazione lavorativa (Van Knippenberg et al. 2006).

L'implementazione del modello dipartimentale inoltre, può essere realizzato con dinamiche differenti all'interno della singola organizzazione. La scelta manageriale infatti può essere orientata o all'introduzione dei dipartimenti in maniera contemporanea in tutta l'organizzazione, oppure prevedendo la creazione di un dipartimento "pilota" che sarà utilizzato come modello per i dipartimenti implementati successivamente. Le evidenze dallo studio indicano come la consapevolezza di un coinvolgimento in cambiamenti organizzativi inattesi determini un impatto positivo sulla soddisfazione lavorativa. L'implicazione di ciò risiede nella tempistica di realizzazione dei dipartimenti che dovrà essere radicale e non incrementale per avere un impatto positivo sulla soddisfazione. Nel primo caso infatti i dipendenti avranno la percezione di essere parte attiva in un momento critico della vita aziendale, identificandosi con gli scopi organizzativi, e non piuttosto di essere chiamati a seguire passivamente esperienze precedenti.

La riorganizzazione su base dipartimentale impone inoltre una serie di variazioni a livello di organizzazione del lavoro e dei meccanismi operativi (Anessi Pessina et al., 2003; Cicchetti, 2004). Accanto all'introduzione di un livello manageriale intermedio, che implica l'assunzione di responsabilità manageriali per il personale medico (Braithwaite, 2005), il modello dipartimentale rende altresì necessario realizzare un maggiore coordinamento a livello laterale tra professionalità diversamente specializzate, chiamate in questo contesto ad interfacciarsi per la gestione comune di pazienti complessi (Cicchetti, 2004; Braithwaite, 2005). Ciò che ne deriva è un cambiamento nel modo di approcciare e vivere il lavoro. Tale aspetto risulta particolarmente interessante nel momento in cui l'attività lavorativa venga osservata non soltanto rispetto agli scambi di servizi di lavoro, ma anche in virtù degli scambi di tipo relazionale (con colleghi e superiori) e di tipo motivazionale (interesse e coinvolgimento nel lavoro). La soddisfazione lavorativa vista sotto questa luce risulterà così influenzata dall'appagamento dei propri bisogni, dalla attuazione delle aspettative, dalla realizzazione dei valori, e dalla predisposizione genetica alla soddisfazione (Hertzberg, 1987; Kreitner e Kinicki, 2004).

Un clima positivo nel luogo di lavoro e un grado di soddisfacente collaborazione con i propri colleghi, ad esempio, impatteranno sulla realizzazione dei valori, attraverso la percezione che nel lavoro sia possibile perseguire importanti valori personali; mentre il contenuto e la quantità di lavoro assegnato ai dipendenti andranno ad influenzare le aspettative realizzate dei lavoratori, ovvero la differenza tra quanto la persona si aspettava di ottenere sul lavoro e ciò che effettivamente ne riceve. Le evidenze emergenti dall'analisi della soddisfazione lavorativa indicano la percezione di un miglioramento sia nel clima organizzativo che nel contenuto del lavoro determinato dall'introduzione del modello dipartimentale, mentre nulla appare essere mutato in termini di carichi di lavoro e collaborazione con i colleghi. Sia il miglioramento del clima che del contenuto del lavoro comunque determinano un miglioramento nella soddisfazione lavorativa. Nello specifico il clima organizzativo rappresenta la percezione delle caratteristiche oggettive dell'organizzazione (Landy, 1989) che ciascun dipendente possiede in termini di condizioni, fattori ed eventi che si verificano all'interno dell'azienda (Ekvall, 1987). La percezione del clima che si "respira" nell'organizzazione risulterà particolarmente importante in virtù della sua capacità di influenzare non solo la performance ma anche la soddisfazione lavorativa (Lawler, Hall, e Oldham, 1974).

Rispetto ai contenuti del lavoro essi sono ritenuti determinanti per l'accrescimento della soddisfazione lavorativa. E' ad esempio nella dinamica del job enrichment, ovvero nell'assunzione di nuove responsabilità da parte del lavoratore, che potrà essere individuata una forte spinta nei confronti della soddisfazione lavorativa. Il cambiamento nei processi lavorativi introdotto dall'implementazione del modello dipartimentale dunque ha generato, secondo l'opinione degli intervistati, un miglioramento rispetto ai contenuti del lavoro. Come evidenziato da più autori, l'introduzione del modello dipartimentale garantisce una maggiore assunzione di responsabilità da parte del personale, determinando un arricchimento del lavoro, e costituendo contestualmente il luogo deputato al team working.

## **Sintesi del progetto, implicazioni e futuri sviluppi**

Il modello messo a punto dai ricercatori dell'Università Cattolica del Sacro Cuore in collaborazione con il Ministero della Salute sembra in grado di permettere l'identificazione di "best practice" dipartimentali sulla base di punteggi o "score" attribuiti alle singole strutture aziendali e dipartimentali rispetto a tre variabili di progettazione organizzativa: decentramento decisionale, integrazione, standardizzazione.

Per l'individuazione delle "best practice" è necessario identificare dei "livelli ottimali" per gli score. In generale all'aumentare dello score corrisponde una crescita delle condizioni organizzative del dipartimento. Accogliendo quanto suggerito dagli studi della progettazione dell'organizzazione aziendale, e in base alle risultanze

del delphi panel attivato nell'ambito del progetto, è possibile affermare che l'efficace funzionamento del modello dipartimentale implica:

- un **elevato livello di decentramento delle decisioni** amministrativo-gestionali e tecnico-professionali dal livello direzionale al livello dipartimentale;
- l'adozione di strumenti volti a realizzare il coordinamento tra unità interne altamente interdipendenti attraverso **la standardizzazione** e la presenza di collegamenti laterali tra unità ed individui che garantiscano **l'integrazione** tra le parti.

I risultati consentono di formulare delle considerazioni a livello dipartimentale, aziendale e di policy.

A livello dipartimentale, emergono dei risultati parzialmente differenti che evidenziano una tendenza ad integrare e standardizzare maggiormente le attività svolte all'interno dei dipartimenti. I risultati riferiti ai dipartimenti classificati per tipologia istituzionale dell'azienda di appartenenza, indicano nel complesso una maggiore propensione da parte di Aziende Sanitarie Locali e Aziende Ospedaliere Universitarie ad essere autonome rispetto alle decisioni amministrativo-gestionali e clinico-professionali, all'integrazione e alla standardizzazione delle attività dipartimentali.

A livello aziendale si osserva una maggiore tendenza delle aziende del campione a decentralizzare le attività, piuttosto che a standardizzare e integrare. Soprattutto l'integrazione all'interno del dipartimento costituisce un ambito nel quale i margini di miglioramento appaiono significativi. Classificando le aziende del campione sulla base della tipologia istituzionale e della localizzazione geografica, i risultati evidenziano una tendenza ad integrare soprattutto da parte delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS e per quelle aziende che si trovano al Nord del paese.

A livello di policy, la classificazione dei dipartimenti rispetto alla localizzazione geografica delle aziende di appartenenza evidenzia punteggi inferiori per i dipartimenti del Sud e Isole rispetto a quelli localizzati negli ospedali del Centro e del Nord, confermando il risultato dell'analisi condotta a livello aziendale. Infine si rileva che gli score delle diverse dimensioni di progettazione organizzativa appaiono sistematicamente inferiori per le strutture dipartimentali afferenti ad aziende localizzate in regioni caratterizzate da piano di rientro.

La parziale difformità tra i risultati è importante in quanto permette di apprezzare la bontà del modello in grado di rilevare l'efficacia dipartimentale ad un duplice livello gerarchico-organizzativo, aziendale e dipartimentale. Gli item inseriti nei questionari destinati alla direzione aziendale e alla direzione dipartimentali sono spesso speculari. Ciò che cambia è dunque la percezione delle "leve" di progettazione organizzativa. La triangolazione del dato consente dunque di avere una valutazione completa delle dimensioni di progettazione dipartimentale consentendo di "isolare" aspetti idiosincratici della struttura organizzativa dipartimentale. Proprio questo aspetto costituisce un importante valore aggiunto di questa ricerca.

Inoltre le evidenze emergenti dallo studio aprono la strada ad ulteriori implicazioni a livello di policy. Il panorama di soluzioni estremamente eterogenee che si è prospettato attraverso l'elaborazione dei case studies oltre ad aver evidenziato diversi "stadi" nel processo di dipartimentalizzazione, conducono, in una logica di sistema, alla necessaria individuazione di soluzioni convergenti, che possano garantire il contenimento della variabilità, nonché una sostanziale equità nella erogazione dei servizi assistenziali. In quest'ottica si prospetta la necessità di una raccolta sistematica delle informazioni relative ai modelli organizzativi, attraverso un sistema di monitoraggio costante che tenga sotto controllo lo stato di avanzamento dei modelli dipartimentali. Tale flusso risulterebbe infatti strumentale per la sistematica individuazione delle best practices sia a livello nazionale che regionale, da utilizzare quale meta-obiettivo per le altre realtà.

In quest'ottica oltre alla identificazione di indicatori "sentinella", si rende quanto mai necessario un coinvolgimento attivo delle Regioni in virtù del ruolo strategico nel reperimento e nella divulgazione dei dati e delle informazioni per alimentare il sistema di monitoraggio.

Infine l'introduzione del modello dipartimentale oltre a rivestire un ruolo determinante nei confronti sia dei cambiamenti organizzativi, che nella soddisfazione del personale, risulta decisivo rispetto alle performance. Le questioni che si aprono sotto tale prospettiva sono molteplici: l'introduzione dei dipartimenti è in grado di influenzare la performance assistenziale e in che modo? Su quali dimensioni di progettazione organizzativa si deve far leva in un'ottica di perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza? E infine esiste una correlazione tra la soddisfazione del personale e la performance rilevata nei dipartimenti?

Trovare una risposta a queste domande rappresenta l'obiettivo individuato per il prossimo anno. Grazie alla rilevazione dei dati di performance all'interno delle aziende del campione studiato, e alla loro correlazione rispetto alle dimensioni strutturali del dipartimento (decentramento, integrazione e standardizzazione), e alle dimensioni di soddisfazione lavorativa, sarà possibile fornire una indicazione anche in questa prospettiva.

## Riferimenti bibliografici

- Anessi Pessina E., Baraldi S., Cicchetti A., Cifalinò, Memmola M. 2003. *Il punto di vista delle aziende*, in S.Baraldi (a cura di), L'organizzazione dipartimentale nelle aziende sanitarie, Collana di sanità Pubblica Mario Zanetti. Accademia Nazionale di Medicina.
- Bergamaschi M., Cantù E., 2000. Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere di , *Rapporto OASI*.
- Braithwaite J., Westbrook M., 2005. Rethinking clinical organizational structures: an attitude survey of doctors, nurses and allied health staff in clinical directorates. *Journal of Health Service Research Policy*. 10, 1.
- Braithwaite J., 2006(a). An Empirical Assessment of Social Structural and Cultural Changes in Clinical Directorates. *Health Care Analysis*, 14: 185-193.
- Braithwaite J., 2006(b). Analysing Structural and Cultural Change in Acute Settings Using a Giddens-Weick Paradigm Approach. *Health Care Analysis*, 14: 91-102.
- Braithwaite J., Westbrook M., Hindle D., Iedema R.A., Black D.A., 2006. Does Restructuring Hospitals Result In Grater Efficiency?- An Empirical Test Using Diachronic Data. *Health Service Management Research*, 19: 1-12.
- Cencetti S., Fabbri T.M. et al. 2009. Integrazione tra Assistenza, Didattica, Ricerca nell'AOU. Opportunità e vincoli per il Servizio Sanitario Nazionale e per l'Università. Raccolta dei Contributi Scientifici. Iniziative Sanitarie.
- Cicchetti A., 2004. *La progettazione organizzativa: principi strumenti ed applicazioni nel settore sanitario*, FrancoAngeli Editore, Collana Sanità.
- Cicchetti A., Baraldi S., 2001. la diffusione del modello dipartimentale nel SSN: solo un fatto formale? *Organizzazione Sanitaria*, 1: 71-81.
- Cicchetti A., Ghirardini A., Mascia D., Morandi F., Ceccarelli A., Vigiliano V., Poletti P., Cardone R., Murolo G., 2009. Il modello organizzativo dipartimentale nel SSN: risultati dall'indagine nazionale. *Politiche Sanitarie* vol. 10, n 3.
- Corbetta P., 2002. *Metodi di analisi multivariata per le scienze sociali*. Il Mulino editore.
- Daft R.L., 2007. *Organizzazione aziendale*. Apogeo Editore.
- Eisenhardt, K.M., 1989. Building theories from case study research. *Academy of Management Review*, 14: 532-550.
- Ekvall G., 1987. The climate metaphor in organization theory. In P. Bass e P. Drenth (eds). *Advances in organizational psychology* (177-190). Beverly Hills CA sage
- Fallowfield L., 1996. Quality of quality of life data, *Lancet*, 348: 421-422.
- Gertler P.J., 1988. A latent variable model of quality determination, *Journal of business & Economics Statistics*, 6: 96-104.
- Grandori A., 1995. *L'organizzazione delle attività economiche*. Il Mulino, Bologna.
- Hanlon P., Beck S., Robertson G., Henderson M., McQuillan R., Capewell S., Dorward A., 1997. Coping With the Inexorable Rise in Medical Admissions: Evaluating a Radical Reorganization of Acute Medical Care in Scottish District General Hospital. *Health bulletin* 55(3) May.
- Herzberg, F.I. 1987, One more time: How do you motivate employees?, *Harvard Business Review*, Sep/Oct87, Vol. 65 Issue 5, p109-120
- Kretitner R., Kinicki A., 2004. *Organizational Behavior 6th edition*. Mc Graw Hill Companies
- Landy F.J., 1989. *Psychology of work behavior* , The Dorse Press, Homewood, Illinois
- Lawler, E.E., Hall, D.T. e Oldham, G.R. 1974, Organizational climate: Relationship to organizational structure, process and performance. *Organizational Behavior and Human Performance*, 11, pp. 139-155.
- Lawrence P.R., Lorsch J.W., 1969. *Organization and Environment*, Homewood, III
- Lega F., 1999. Dalle strutture alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero, *Mecosan*, 30.
- Lega F., 2008. The Rise And Fall(Acy) of Clinical Directorates in Italy. *Health Policy*, 85: 252-262.
- Li L.X., Benton W.C., 1996. Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. *European Journal of Operational Research*, 93: 449-468.
- Longest B.B., Young G.J., 2000. Coordination and communication. In S.M. Shortell, A.D. Kalzuny (a cura di), *Health care management, organizational design and behaviour*.
- Mintzberg H., 1983. *La progettazione dell'organizzazione aziendale*. Il Mulino Editore.
- Ruef M., Scott, W.R. 1998. A multidimensional model of organizational legitimacy: Hospital survival in changing institutional environments. *Administrative Science Quarterly*, 43: 877-904.
- Sally G., Donaldson L.J., 1998. The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive form quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, Jul 4; 317 (7150).
- Stake, R., 1995. *The art of case research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Stuart J., Spurgeon P.C., Cook A., 1995. Management for doctors: making finance work for you strategic issues in clinical directorates. *BMJ*, 310: 224-246.
- Thompson J., 1967. *Organizations in action*, McGraw Hill.
- Van Knippenberg B., Martin L., Tyler T., 2006. Process orientation versus outcome orientation during organizational change: the role of organizational identification. *Journal of Organizational behavior*, 27 (685-704).
- Zorab J.S.M., Lloyd A., 1995. Management for doctors: Analysing your organisation and environment and setting its strategy. *BMJ*, 310: 514-517.
- Yin R.K., 1993. *Application of case study research*. Sage: Newbury park.

## Modello organizzativo a tendere: linee guida per la progettazione dipartimentale

Alla luce dei case studies realizzati e considerando le rilevazioni sul livello di soddisfazione sul lavoro dimostrata da medici, infermieri e tecnici, quale preconditione per l'incremento dell'efficacia, efficienza ed appropriatezza dei processi, è possibile identificare gli elementi caratterizzanti del percorso di progettazione organizzativa dipartimentale.

Queste considerazioni sono sintetizzate in forma di tabella che identifica alcuni "requisiti" considerati critici nel processo di progettazione organizzativa. In altre parole l'indagine svolta attraverso le interviste condotte nelle 33 aziende sanitarie oggetto di analisi, permettono di isolare alcuni "requisiti minimi" di carattere organizzativo che possono essere presi come base per il processo di progettazione organizzativa.

I requisiti identificati sono riportati nella tabella sottostante e suddivisi per area d'interesse: processo di cambiamento, criteri di accorpamento delle UUOO, assetto dipartimentale interno, decentramento amministrativo, decentramento del governo clinico, standardizzazione, integrazione.

<b>Processo di cambiamento</b>
✓ Chiaro commitment dell'alta direzione sul progetto
✓ Chiarezza e comunicazione del disegno definitivo a tendere
✓ Utilità di un processo di cambiamento radicale che implichi il passaggio definitivo ad un modello basato sui dipartimenti
<b>Criteri di accorpamento delle UUOO</b>
✓ I criteri dovrebbero essere espliciti e concordati
✓ La scelta del modello di accorpamento dovrebbe fondarsi su evidenze tecniche inerenti aspetti infrastrutturali (localizzazione UUOO), tecnologici (condivisione risorse), organizzativi (condivisione competenze intorno ai processi), nosologici (trattamento categorie omogenee di pazienti)
✓ L'evidenza tecnica è poi analizzata in un processo trasparente di "appraisal" che mette in gioco dinamiche sociali e fattori di carattere informale per cogliere le dinamiche professionali in atto e valutare correttivi al progetto base
<b>Assetto dipartimentale interno</b>
✓ Presenza del regolamento dipartimentale per il funzionamento delle attività, che individui assetti organizzativi, ruoli, profili di competenze e responsabilità
✓ Processo di selezione del direttore di dipartimento condiviso e partecipato
✓ Chiarezza del ruolo e del profilo del direttore di dipartimento
✓ Presenza di competenze di coordinamento infermieristico, medico-organizzativo, amministrativo a supporto dei processi
<b>Decentramento amministrativo</b>
✓ Il direttore di dipartimento negozia le risorse, gli obiettivi e i modelli di gestione con la Direzione essendo l'unica interfaccia con la stessa
✓ E' auspicabile la presenza di una competenza amministrativo-gestionale a supporto della funzione di programmazione e controllo svolta dal direttore di dipartimento
✓ Necessità di un ruolo attivo, partecipato e costante del Comitato o Giunta di dipartimento
<b>Decentramento del governo clinico</b>
✓ E' auspicabile che vi sia una chiara responsabilità all'interno del dipartimento per l'assicurazione della qualità che coordini gli sforzi dei singoli operatori
✓ Risulta di rilievo il ruolo svolto dalla comunicazione interna attraverso reportistica in formato elettronico e cartaceo degli indicatori di monitoraggio assistenziale e delle attività dipartimentali
✓ E' auspicabile la certificazione di qualità a livello dipartimentale e non unicamente di singola UO
✓ Si rileva il ruolo d'importanza svolto dalle attività di Audit clinico in un'ottica sistematica rispetto alla gestione del rischio clinico

<b>Standardizzazione</b>	
✓	Il dipartimento assegna responsabilità formali, nell'ambito del Comitato, per la progettazione di percorsi diagnostico terapeutici condivisi
✓	Una quota rilevante dei pazienti trattati dovrebbe afferire a percorsi diagnostico terapeutici concordati
✓	L'implementazione dei protocolli diagnostico terapeutici dovrebbe essere supportata da iniziative formative e di comunicazione interne al dipartimento
✓	Le procedure sono comunicate e diffuse all'interno del dipartimento
<b>Integrazione</b>	
✓	Sono presenti ruoli di integrazione organizzativa con professionalità infermieristiche
✓	E' presente un sistema informativo sanitario integrato che garantisce la disponibilità di tutte le informazioni al letto del paziente utili alla decisione tempestiva che risulti coordinata nell'ambito del percorso
✓	Identificazione di procedure e regole per l'integrazione dei processi dipartimentali con i processi di carattere aziendale (programmazione e controllo, valutazione investimenti, gestione risorse umane)
✓	Sono presenti Gruppi di Coordinamento Inter-Dipartimentali, sia permanenti che temporanei in funzione dei protocolli e dei progetti di integrazione
✓	Sono presenti iniziative di formazione in aula e sul campo che coinvolgono almeno due UUOO

**Le Aziende che hanno partecipato alla rilevazione:** Azienda Ospedaliera "Ospedali Riuniti" di Bergamo, Azienda Ospedaliera di Catanzaro "Pugliese- Ciaccio", Azienda Ospedaliera di Perugia, Azienda Ospedaliera "Bianchi Melacrino Morelli", Reggio Calabria , Azienda Ospedaliera "Ospedale di Circolo -Fondazione Macchi", Varese, Azienda Ospedaliera "San Camillo- Forlanini" Roma, Azienda Ospedaliera "San Giovanni- Addolorata" Roma, Azienda Complesso Ospedaliero "San Filippo Neri" Roma, Azienda Ospedaliera "Santa Maria" Terni, Azienda Ospedaliera Pediatrica "Santobono- Pausilipon" Napoli, Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" Genova, Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi Firenze, Azienda Ospedaliero Universitaria "Ospedali Riuniti" Ancona, Azienda Ospedaliero Universitaria di Foggia , Azienda Ospedaliero Universitaria di Modena, Azienda Ospedaliero Universitaria di Padova, Azienda Ospedaliero Universitaria "San Giovanni Battista" Torino, Azienda Ospedaliero Universitaria "Santa Maria della Misericordia" Udine, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "Sant'Orsola-Malpighi" Bologna, Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico "G.Martino" Messina, Azienda Ospedaliero Universitaria "Policlinico – Vittorio Emanuele" Catania, Azienda Sanitaria di Firenze, Azienda Sanitaria Locale 1 L'Aquila, Azienda Sanitaria Locale di Matera, Azienda Sanitaria Locale N.2 dell'Umbria Perugia, Azienda Sanitaria Locale Torino –Nord, Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna, Azienda Unità Sanitaria Locale di Parma, Azienda Unità Locale Socio Sanitaria di Rovigo, Fondazione I.R.C.C.S Istituto Neurologico "Carlo Besta" Milano, I.R.C.C.S Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù" Roma, I.R.C.C.S "Istituto Giannina Gaslini" Genova, Policlinico Universitario "Agostino Gemelli" Roma.



## Conclusioni

*I lavori condotti dalla AOU Policlinico di Modena, dalla SDA-Bocconi e dalla Università Cattolica di Roma, raccolti nel presente fascicolo, presentano i materiali prodotti per ridefinire in maniera determinante i rapporti tra SSN e Università e per incidere significativamente sulla organizzazione delle Aziende Ospedaliere Universitarie, con la necessità di un rinnovato ruolo delle attuali facoltà di medicina e la riconfermata e ampliata centralità dei dipartimenti, individuando un piano operativo di ulteriore approfondimento per l'anno 2011.*

*Il presente fascicolo, preparato in occasione del Seminario del 1 aprile cade all'interno di un momento oltremodo propizio, in quanto compreso nel periodo temporale che la Riforma Universitaria assegna alle istituzioni per il necessario miglioramento e perfezionamento nel rapporto tra i due sistemi. In particolare, le Aziende del SSN ed i centri di ricerca universitari offrono, ai vari livelli decisionali - aziendale, regionale e nazionale -, una prima agenda, rielaborata ed applicata alla pratica, di soluzioni gestionali ed organizzative e di proposte, aggregate ai vari livelli, finalizzata ad agevolare il percorso della integrazione tra SSN e l'Università e la ristrutturazione interna delle Aziende Ospedaliere Universitarie.*

*Alessandro Ghirardini*

*Stefano Cencetti*

