

Dipartimenti: a che punto siamo?

Indagine in Lombardia e Piemonte

Giancarlo Biasini
Direttore Quaderni acp

Abstract

Medical Departments: where are we?

In Italy the establishment of departments as organization tools for hospitals has started in 1999; functioning modalities haven't in the substance changed with time. In most parts of the country all the power is in the hands of the hospital's Chief Executive Officers or of the chief of physicians who still hold the economical and management power. The paper analyses what has happened in Lombardy and Piedmont regions in Italy.

Quaderni acp 2006; 13(3): 103-104

Key words Departments. Budget. Health Agencies. Management. Leadership

L'istituzione dei dipartimenti come strumento organizzativo delle strutture ospedaliere in Italia è iniziato nel 1999, ma le modalità di funzionamento non sono sostanzialmente cambiate. In grandissima parte del Paese tutto il potere è rimasto nelle mani o delle direzioni generali del management delle Aziende ospedaliere o dei primari che continuano a possedere il precedente potere organizzativo ed economico. L'articolo esamina quanto è successo nelle Regioni Lombardia e Piemonte.

Parole chiave Dipartimenti. Budget. Aziende sanitarie. Management. Leadership

Una indagine svolta, nel 2004, da un gruppo di economisti sanitari di Torino ha fatto il punto sullo stato di attuazione dei modelli dipartimentali negli ospedali di 15 Aziende sanitarie della Lombardia e in tutte quelle del Piemonte (*Sole24-ore Sanità 14-20/3/06*). L'invito alle Aziende a realizzare strutture dipartimentali è stato introdotto con il Dpr 128 del 1969 (art. 10, comma 2). L'invito non ebbe alcun esito pratico. Il modello dipartimentale divenne, invece, modello ordinario con il Dlgs 229 del 1999 (art. 17-bis, comma 1). Da allora le Regioni hanno recepito il Dipartimento nei loro PSR, dettando anche linee guida per la sua attuazione e con ciò obbligando (forse il termine è eccessivo) le ASL e le AO alla sua realizzazione.

Si è trattato di una attuazione formale (cambiare tutto perché nulla cambi, si veda l'editoriale di Spinsanti) oppure le modalità di funzionamento interno delle Aziende sono sostanzialmente cambiate? In sostanza (per capire occorre semplificare) dove vengono prese le decisioni? Come passano dalla Direzione strategica fino alla sede della loro attuazione?

Insomma i dipartimenti hanno conquistato forza di governo? Per diventarlo, come ogni nuova istituzione, devono sottrarre forza di governo a chi gli sta sopra (la direzione strategica o, quanto meno, la direzione sanitaria di presidio che ne è la longa manus) e a chi gli sta sotto (le vecchie divisioni ospedaliere governate dai vecchi primari che oggi si chiamano strutture semplici o complesse). Insomma qual è oggi il modello di "governance"? Esiste attualmente un nuovo organo che dovrebbe essere il principale strumento della condivisione delle decisioni: il Collegio di direzione. La sequenza prevede che le decisioni passino da questo al Comitato di dipartimento e da questo alle strutture semplici e complesse.

Questa la teoria dell'attuale organizzazione ospedaliera; per le attività territoriali il discorso è ancora molto arretrato, come è scritto nel documento dell'ACP sui servizi sanitari, disponibile on line sul sito www.acp.it, e una verifica è ancora del tutto impossibile.

Vediamo cosa succede nelle strutture piemontesi e lombarde esaminate dalla indagine.

Il Collegio di direzione è oramai attivato in tutte le Aziende. La frequenza delle sue riunioni è all'incirca di una volta al mese in due terzi delle Aziende lombarde e nella metà delle piemontesi. Nelle restanti la frequenza è inferiore alle 3 riunioni per anno. In soldoni: in un terzo delle Aziende lombarde e nella metà delle piemontesi l'utilizzo del Collegio è di pura ratifica. Il potere rimane tutto, in questi casi, nelle mani del direttore generale o è delegato, in sua vece, solo al direttore sanitario di presidio.

Il Comitato di dipartimento esiste in quasi tutti i dipartimenti istituiti, ma viene riunito con una frequenza molto bassa. Solo nel 15-20% dei dipartimenti si può parlare di un utilizzo frequente, cioè grosso modo mensile; nella gran parte dei casi (80-85%) le riunioni sono annuali o semestrali. Questo è del tutto disfunzionale se il Comitato deve essere inteso come strumento di traduzione della strategia in operatività; la bassa frequenza delle riunioni non può che significare, infatti, che tutto il potere rimane nelle mani dei responsabili delle strutture semplici o complesse (gli ex-primari) con svuotamento delle funzioni dipartimentali. Oppure significa che esiste un direttore-autocrate che prende delle decisioni senza consultare il Comitato, anche se questa seconda ipotesi è poco probabile. In ambedue i casi comunque la funzione di leadership del direttore non è giocata come dovrebbe. Del resto i direttori, nella indagine di cui si parla, si percepiscono (80% dei casi) non con ruolo gerarchico, ma con ruolo di coordinamento, anche se un piccolo numero vede per sé un futuro, ma in ogni caso non un presente, di maggiore potere gestionale. Il secondo ambito di funzionamento riguarda il coinvolgimento dei direttori nei processi di definizione dei budget: in

Per corrispondenza:
Giancarlo Biasini
e-mail: gcbias@tin.it

organizzazione sanitaria

sostanza il problema è “a chi sono assegnate le risorse economiche?” Al dipartimento? Alle strutture complesse? L'indagine dice che in più della metà dei dipartimenti le risorse economiche sono assegnate alle strutture complesse; il che rafforza la tesi, sopra affacciata, che gran parte del potere rimane nelle mani degli ex-primari. Quindi i direttori dei dipartimenti si sentono e si comportano più come com-primari che direttori. Del resto il direttore conserva la funzione primaria e quindi è a tutti gli effetti un com-primario. Sia in Lombardia che in Piemonte circa il 33% dei direttori partecipa in via esclusiva alla negoziazione del budget con la direzione generale e successivamente lo distribuisce alle strutture dipartimentali.

Gli altri due terzi vi partecipano solo in veste di facilitatori dei dirigenti delle strutture complesse. In Piemonte, una volta ottenuto il budget, solo il 25% dei direttori assegna gli obiettivi alle strutture complesse e lo stesso accade per quello che riguarda le risorse umane (il personale). I casi di gestione diretta sono pochissimi. Lo stesso per ciò che riguarda la gestione dei posti letto (gestita dal dipartimento nel 17% dei casi), degli ambulatori (18%) dei DH (12%), delle sale operatorie (5%). Le titolari di questo potere sono dunque ancora le strutture complesse. È evidente insomma la difficoltà che incontra l'avvio alla dipartimentalizzazione in sanità in queste due Regioni che sono ritenute fra le più avanzate dal punto di vista della organizzazione aziendale.

Il problema è: sono le direzioni strategiche che non intendono rinunciare al loro potere centralizzante o sono le direzioni dei dipartimenti che si sentono ancora immature per rivendicare le loro funzioni di governo? Sicuramente la precarietà della presenza in servizio dei direttori generali, da una parte, non permette loro di gestire con fiducia le persone cui affidano incarichi di governo, dall'altra la variazione continua delle politiche gestionali, con l'avvicinarsi dei direttori generali, rende deboli le direzioni di dipartimento. In Piemonte il turnover dei

direttori generali, nell'ultimo quinquennio, è stato di 2 anni, in Lombardia di 3. C'è un ulteriore rischio: la legge 138/2004 consente di dirigere unità operative complesse e anche dipartimenti a chi non ha un rapporto di lavoro esclusivo, e quindi può svolgere attività professionale privata fuori o dentro l'ospedale e ovunque lo voglia. È molto difficile pensare che un chirurgo possa lavorare nel privato e contemporaneamente dirigere un dipartimento.

Forse si può scommettere che ciò non accada, ma il semplice fatto che possa accadere la dice lunga sulla incapacità a comprendere quanto sia profonda la diversità di dirigere un dipartimento rispetto al passato e quindi riuscire a conquistare/mantenere autorità nei riguardi dei dirigenti delle strutture semplici o complesse. La necessità di essere dentro la formazione per il training clinico e di giocare contemporaneamente un ruolo decisivo nella gestione economica della UO o del dipartimento è un impegno enorme (*Quaderni acp 2004;4:148*) e rende il ruolo di leadership dei direttori assai debole. È necessaria una doppia leadership in quanto quella clinica non basta più. Deve essere supportata dalla conoscenza e dallo sviluppo di culture organizzative e da capacità di gestione di risorse economiche e umane che portino a migliorare il rendimento del sistema (*Quaderni acp 2004;11:189*).

Si diceva tutto questo per due Regioni fra le più attrezzate dal punto di vista organizzativo.

Se passiamo alla indagine *Booz Allen Hamilton* svolta in 40 strutture italiane sulla “Eccellenza nella gestione delle attività ospedaliere”, scopriamo che solo una azienda su tre fa una vera programmazione a lungo termine (almeno triennale); la metà non fa un vero, e non solo dichiarato, processo di budgetting, ma al massimo aggiorna quello dell'anno precedente, e gli indicatori per valutare la qualità dei dipartimenti sono spesso inattendibili. Solo il 39% delle strutture dichiara di fare uso di procedure standardizzate in campo clinico. Insomma la situazione non è rosea. ♦

IL 5 PER MILLE AL CENTRO PER LA SALUTE DEL BAMBINO PER “NATI PER LEGGERE”

La finanziaria 23.12.05 n. 266 art. 1 comma 337 ha disposto per il 2006 la destinazione di una quota del proprio reddito (5 per mille) alle Associazioni ONLUS. Il Centro per la Salute del Bambino è una ONLUS. Quindi si può destinare al Centro, il 5 per mille nel momento della dichiarazione dei redditi.

Attenzione

Il 5 per mille **non sostituisce** l'8 per mille (destinato alle confessioni religiose) e non è un costo aggiuntivo per il contribuente. Il 5 per mille è **una quota di imposte a cui lo Stato rinuncia** per destinarla alle organizzazioni no-profit per sostenere le loro attività. Il Centro per la Salute del Bambino si impegna a destinare interamente gli introiti del 5 per mille al progetto **Nati per Leggere**. Trasforma la tua denuncia dei redditi in una buona azione: sostieni il progetto Nati per Leggere per diffondere una cultura diversa nei confronti della lettura.

Ecco come fare:

- 1) **Firma** nel riquadro dedicato alle Organizzazioni Non Lucrative (Onlus)
- 2) **Riporta**, sotto la firma, il **codice fiscale del Centro per la Salute del Bambino: 00965900327**.