

13 Il processo di integrazione delle funzioni assistenziali, didattiche e di ricerca nelle AOU: il caso dell'azienda e dell'università di Parma

di Clara Carbone, Carlotta D'Este, Marco Elefanti, Federico Lega, Valeria Tozzi, Emanuele Vendramini¹

13.1 Oggetto ed inquadramento

Il presente lavoro, proseguendo la linea di ricerca avviata nel precedente Rapporto OASI (Carbone et al. 2007), affronta il tema degli sviluppi organizzativi delle aziende ospedaliero-universitarie (AOU)², proponendo una riflessione sul significato e sul grado di efficienza ed efficacia organizzativa associabile alla scelta istituzionale – poi declinata a livello aziendale – di introduzione del dipartimento ad attività integrata (DAI).

La ricerca di forme più profonde di integrazione tra le funzioni associate alla missione dell'AOU – ricerca, didattica ed assistenza – e l'esigenza avvertita di rafforzare la *governance* complessiva dell'azienda sono alla base delle scelte organizzative che molte AOU hanno compiuto negli ultimi due anni o stanno completando in questo periodo con l'adozione del loro primo atto aziendale³.

Tuttavia, i tentativi del management di introdurre logiche organizzative e criteri di funzionamento ispirati a principi aziendali si scontrano spesso con dimen-

¹ L'analisi è frutto del lavoro congiunto dei ricercatori del CERGAS Bocconi e di quelli dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Piacenza. Pur nella responsabilità complessiva dell'analisi, i paragrafi 13.1 e 13.2 sono a cura di Federico Lega, il paragrafo 13.3 di Clara Carbone, il paragrafo 13.4 di Carlotta D'Este, il paragrafo 13.5 di Emanuele Vendramini, il paragrafo 13.6 di Valeria Tozzi, il paragrafo 13.7 di Marco Elefanti. Il gruppo di lavoro intende inoltre ringraziare la dottoressa Paola Bodrandi dell'AOU di Parma per la gentilezza e per aver reso possibili le interviste, effettuate operativamente da Carlotta D'Este ed Emanuele Vendramini.

² Come definite dal D.Lgs. 517/99.

³ I casi da cui sono tratte queste riflessioni introduttive sono relativi alle esperienze maturate nel corso di interventi di formazione, pianificazione strategica, sviluppo e cambiamento organizzativo condotte negli ultimi cinque anni presso le seguenti AOU: Ancona, Brescia, Firenze, Palermo, Messina, Napoli, Trieste, Torino, Milano, Bologna, Foggia, Catania, Catanzaro, Modena, Salerno. Ovviamente le riflessioni tengono anche conto di altri progetti condotti negli anni precedenti in altre realtà.

sioni di complessità organizzativa che oppongono vincoli e resistenze di rilevante intensità al cambiamento: in diverse AOU le principali – se non uniche – determinanti dei processi di sviluppo organizzativo sembrano essere, ancora oggi, le aspettative e gli interessi dei professionisti, e si ritrovano e convivono ancora molto evidenti i tratti tipici delle “burocrazie professionali” e delle “arene politiche” (Mintzberg 1979; 1983).

In effetti, le analisi condotte negli ultimi anni, se da un lato hanno ribadito l'importanza e la centralità nel sistema sanitario delle AOU, dall'altro ne hanno messo in evidenza un ritardo marcato rispetto al processo di aziendalizzazione che ha coinvolto il resto delle strutture sanitarie (Zanetti et al. 1998; Meloni et al. 1999; Pesci et al. 1999; Gullotti 2000; Lega e Verme 2003)⁴.

La complessità organizzativa delle AOU si manifesta chiaramente nello sviluppo dei processi decisionali che, in quanto arene politiche, sono di frequente l'esito di compromessi determinati dal gioco delle alleanze interne, nonché dalla capacità dei diversi attori di esprimere potere organizzativo in virtù della loro autorevolezza, del patrimonio personale di relazioni, del possesso di risorse scarse. Inoltre, come richiamato in Carbone et al. (2007), le AOU sono contesti abituati all'autoreferenzialità decisionale e all'autonomia nei percorsi di sviluppo, dove spesso si osservano situazioni di “triangolazione” e di esercizio “democratico” del dissenso dall'interno⁵, tutte dinamiche organizzative che rendono particolarmente difficile concretizzare cambiamenti organizzativi disegnati nell'intento di rafforzare l'integrazione tra discipline e professionisti e la *governance* complessiva ed unitaria dell'azienda.

In effetti, si osserva che i segnali di cambiamento, per quanto ancora deboli, si sono prodotti soprattutto in risposta a stimoli esterni più che per la consapevolezza interna della necessità di cambiare. Terminato un lungo periodo di “isolamento” di cui le AOU (o almeno una loro parte significativa) hanno beneficiato, le sfide poste dal loro ingresso nelle reti ospedaliere regionali e dalle connesse

⁴ Le ricerche e le indagini condotte nell'ultimo decennio hanno evidenziato un ritardo significativo nel processo di “aziendalizzazione”, intesa come capacità dell'organizzazione di operare in condizioni di efficienza produttiva con strumenti e meccanismi gestionali a supporto di processi decisionali trasparenti e governati verso priorità aziendali condivise. Priorità da definire e gestire in un quadro complesso di equilibri e convergenze che devono tener conto di aspettative politiche, professionali, istituzionali e sociali spesso divergenti.

⁵ Le “triangolazioni” sono le situazioni in cui i clinici usano la loro appartenenza a reti politiche e professionali per retroagire sulle direzioni aziendali dall'esterno, contro o per influenzare decisioni prese da queste. L'esercizio “democratico” del dissenso dall'interno discende dal fatto che i clinici si sentono anche implicitamente autorizzati dal sistema esterno (e godono di interessi convergenti nei media) a criticare pubblicamente l'operato della direzione, quasi fosse una funzione dovuta a “garanzia” del sistema stesso (che tuttavia si presta spesso a strumentalizzazioni) e una prova della democraticità di aziende che si confrontano internamente alla ricerca del bene dei cittadini (spesso invece “vittime” inconsapevoli di turf-wars professionali). Per ulteriori approfondimenti si veda Lega (2006).

aspettative di ruolo⁶ hanno spinto le Regioni a intensificare le richieste di cambiamento, a partire proprio da un ridisegno organizzativo centrato attorno al ruolo potenziale dei DAI.

L'obiettivo di fondo di questo inizio di processo di aziendalizzazione delle AOU può quindi essere sintetizzato nel farne organizzazioni più *mission-driven* che *consensus-driven*, attraverso l'irrobustimento di un assetto organizzativo ed istituzionale che consenta di definire sentieri di sviluppo e target di produzione coerenti con la triplice missione e con il posizionamento atteso dell'azienda nel sistema di offerta regionale. In questa prospettiva assume particolare rilevanza la capacità dell'alta direzione di definire:

- ▶ meccanismi di *governance* (processi di allocazione delle risorse, definizione degli obiettivi, allineamento delle priorità strategiche, condivisione delle premesse decisionali, controllo ecc.) e una progettazione organizzativa che, pur rimanendo il frutto della mediazione di interessi, creino le condizioni per avviare una gestione più unitaria in chiave aziendale. Assumono quindi centralità le scelte relative ai DAI: identificazione delle U.O. che li compongono; meccanismi decisionali interni e nei confronti dell'alta direzione; profondità e pervasività con cui i flussi informativi e i meccanismi operativi della programmazione e controllo e della gestione delle risorse umane consentono di creare un tessuto connettivo tra la struttura organizzativa e gli obiettivi strategici dell'AOU, attribuendo autorità formale ai ruoli gestionali di livello dipartimentale e definendo le attese ed indirizzando i comportamenti dei professionisti;
- ▶ processi di "operazionalizzazione" delle aspettative di integrazione a livello di DAI. Ciò presuppone l'identificazione di un mandato per il direttore del DAI, che individui gli obiettivi puntuali sul fronte dell'assistenza⁷, nonché dell'integrazione tra questa, i percorsi didattici e le linee della ricerca. Mandato che troverà una declinazione in obiettivi annuali di budget e che il direttore dovrà perseguire

⁶ A seguito dell'intensificarsi delle pressioni ed aspettative politiche, istituzionali e sociali di miglioramento qualitativo del servizio, di efficienza e di rendicontazione dell'operato, nonché delle preoccupazioni per il governo di strutture con dinamiche di costo estremamente rilevanti, si osserva in effetti una crescente attenzione da parte degli assessorati regionali e delle agenzie centrali nello studiare le problematiche delle AOU e nel chiedere l'avvio di processi di cambiamento concreti, fondati sull'applicazione dei principi base contenuti nel D.Lgs. 517/99, tra cui assume rilevanza particolare l'assetto organizzativo fondato sull'idea del DAI.

⁷ Anche nella sola assistenza vi sono problematiche di integrazione di assoluto rilievo: basti pensare ai problemi di gestione della contrapposizione e frammentazione dei saperi specialistici (crescente sovrapposizione di campi di attività con rischio delle cosiddette *turf wars*, guerre di territorio). Ad esempio si pensi ai casi dell'oncologia, dell'area cardiovascolare, delle neuroscienze, dell'ortopedia. Inoltre, contemporaneamente alla definizione di un più preciso posizionamento delle AOU nelle reti di offerta regionali, si pone il problema della gestione dei percorsi di innovazione, cioè di come rafforzare la capacità di negoziare e indirizzare i professionisti verso lo sviluppo e il consolidamento di competenze distintive collegabili a tale posizionamento.

avvalendosi ovviamente di un *team* di collaboratori. A quest'ultimo riguardo, l'evidenza degli ultimi anni, unitamente all'osservazione di quanto praticato a livello internazionale nei maggiori *teaching hospital*, indica che perché il DAI possa esprimere le sue potenzialità, oltre al presupposto di una progettazione organizzativa ben calibrata rispetto alle attese di integrazione, è necessario il consolidamento di una squadra dipartimentale che assuma la responsabilità dell'*operations management* del DAI, ossia dell'area della gestione dei progetti di miglioramento dei processi organizzativi, della logistica, delle procedure sanitarie ed amministrative, dell'interfaccia tra il dipartimento e i servizi centrali, del supporto all'implementazione a livello dipartimentale dei meccanismi operativi. Secondo quanto sostiene una parte crescente della letteratura (Carbone et al. 2007, Cicchetti et al. 2005) e facendo riferimento a una molteplicità di esperienze internazionali⁸, la squadra dovrebbe includere il responsabile infermieristico di dipartimento, un responsabile delle attività amministrative ed un vero e proprio *operations manager* (che oggi viene chiamato con nomi diversi, da responsabile dipartimentale dei servizi sanitari a referente operativo gestionale del dipartimento⁹).

Questo lavoro si propone di alimentare la riflessione rispetto ai precedenti due punti attraverso gli stimoli e spunti forniti dall'approfondimento di un caso studio, in relazione agli obiettivi specifici di ricerca richiamati nel prossimo paragrafo.

13.2 Obiettivi della ricerca

Assodato che le AOU hanno una triplice funzione di assistenza, didattica e ricerca, "la cui somma definisce il posto dell'ospedale nella società e la sua efficacia come strumento sociale" (Knowles 1965, Guzzanti 2000), dalle riflessioni condotte nel precedente paragrafo emergono con chiarezza tre aree problematiche connesse alla traduzione operativa di tale triplice funzione:

- rimane ambiguo e complesso definire cosa significa integrare l'assistenza con la didattica e con la ricerca (traslazionale). Ovvero sia, non vi è un quadro interpretativo univoco che definisce quali sono le attese specifiche di integrazione, ad esempio rispetto alla gestione degli specializzandi, alla "universitarizzazione" degli ospedalieri e/o "ospedalizzazione" degli universitari, alla programmazione congiunta di assistenza e progetti di ricerca, alla responsabilizzazione su obiettivi multidimensionali comprendenti assistenza, didattica e ricerca ecc.

⁸ Ad esempio l'Inghilterra, con la funzione del *general manager* del *clinical directorate* o della *division*; la Francia, con il referente amministrativo del *pole de gestion*; gli USA, con l'*administrator* e l'*operations manager* del *department*.

⁹ Come nel caso dell'AOU Careggi di Firenze e dell'ospedale San Raffaele di Milano.

- ▶ è presupposto fondamentale una progettazione organizzativa dei DAI che riesca a coniugare bene le esigenze di mediazione con le prospettive di miglioramento dell'efficienza ed efficacia organizzativa perseguite tramite il nuovo assetto aziendale, più rispondente ai fabbisogni di integrazione e di gestione multidisciplinare dei processi di assistenza, ricerca ed in parte didattica.
- ▶ sembra affermarsi dall'evidenza empirica il modello per cui il DAI, per perseguire il proprio ruolo di livello organizzativo di integrazione, debba caratterizzarsi per un mandato chiaro e misurabile e per una gestione interna baricentrata attorno a una squadra direzionale responsabile per la conduzione dei progetti di cambiamento, miglioramento e sviluppo organizzativo.

Obiettivo di questa ricerca, condotta attraverso l'analisi di un caso esplorativo, è quindi approfondire queste tre aree, contribuendo alla comprensione di quali sono (a) le possibili forme di concreta integrazione tra le funzioni a livello di DAI; (b) il contributo che le scelte di progettazione organizzativa effettivamente danno perché il DAI possa sviluppare le sue potenzialità di integrazione; e (c) la rilevanza che le AOU attribuiscono alle condizioni di funzionamento interne al DAI attraverso le scelte relative alla costituzione di una eventuale squadra di direzione che possa perseguire gli obiettivi di integrazione assumendo la responsabilità su progetti ben individuati e collegati a un mandato generale altrettanto chiaro e coerente con l'orientamento strategico di fondo dell'azienda.

13.3 Metodologia della ricerca

Come anticipato, la ricerca propone un approccio di tipo esplorativo attraverso il metodo del *case study*. In particolare, è stato approfondito il caso dell'AOU di Parma, la cui scelta è dipesa sostanzialmente da due fattori: (i) l'appartenenza ad un insieme di AOU rilevante in termini di numerosità di strutture (le ex-AO)¹⁰ e (ii) l'elevato interesse suscitato nel gruppo di ricerca, data la notevole ricchezza informativa che l'azienda ha messo a disposizione, nonché lo sviluppo organizzativo complessivo dell'azienda stessa e la maturità del contesto istituzionale in cui essa è inserita.

Di seguito si propongono le principali considerazioni metodologiche rispetto all'unità d'indagine e agli strumenti dell'analisi.

L'unità di osservazione è il dipartimento ad attività integrata (DAI, come

¹⁰ Le aziende ospedaliere universitarie pubbliche sono 48 strutture di ricovero di cui 9 ex-policlinici a gestione diretta delle università, 4 IRCCS pubblici e 35 ex-AO (Carbone et al. 2007).

definito dal D.lgs. 517/99) in quanto luogo aziendale in cui si realizza l'integrazione delle tre funzioni: ricerca traslazionale, didattica e assistenza. Sono stati selezionati 6 DAI su 11 (Chirurgico, Medico polispecialistico 2, Neuroscienze, Materno-infantile, Cardio-polmonare, Testa-collo) al fine di rispettare due condizioni: rappresentatività della casistica trattata ed elevato fabbisogno di integrazione tra le tre funzioni. Inoltre, i dipartimenti selezionati presentano caratteristiche diverse riguardo l'aggregazione delle U.O.: per tipologia d'organo (dipartimento Testa-collo e dipartimento Cardio-polmonare); per grandi aree specialistiche (dipartimento Chirurgico, dipartimento Medico Polispecialistico 2); per settore nosologico che si basa sulla necessità di garantire un intervento multidisciplinare (dipartimento di Neuroscienze); per gruppi di età dei pazienti (dipartimento Materno-infantile). Infine, nella selezione dei dipartimenti, si sono considerate anche le indicazioni dell'azienda, che di fatto ha condiviso i criteri proposti e ha indicato i DAI più coerenti con tali criteri (confronta Tabella 13.1).

Gli strumenti di raccolta delle informazioni sono rappresentati dall'analisi della documentazione istituzionale aziendale e da interviste semistrutturate ai direttori di dipartimento e ai responsabili delle Unità Operative Complesse (UOC) di ciascun dipartimento, per un totale di 22 interviste. In questo modo è stato possibile leggere in maniera comparata le percezioni nei confronti dello stesso fenomeno da parte di due gruppi diversi di attori aziendali (il livello direzionale del dipartimento e il livello operativo del dipartimento, come rappresentato dai responsabili di UOC).

Al fine di proporre un quadro di riferimento comune a tutti i soggetti intervistati e di contenere il grado di ambiguità delle domande, le interviste semistrutturate sono state condotte a partire da un questionario a risposte chiuse. In particolare, sono stati predisposti due questionari: uno rivolto ai capi di dipartimento, l'altro ai responsabili di UOC. Le domande del primo questionario riguardavano tre ambiti tematici: (i) la storia del dipartimento (motivi della sua nascita, difficoltà incontrate dalla sua costituzione ad oggi ecc.); (ii) l'assetto organizzativo del dipartimento, in termini sia di struttura organizzativa (criterio di aggregazione delle UOC nel dipartimento, ruoli e compiti del direttore e degli altri organi del dipartimento ecc.), sia di meccanismi operativi (ad esempio, gestione del personale ospedaliero ed universitario di dipartimento, responsabilizzazione su obiettivi di ricerca, didattica e assistenza all'interno del dipartimento); (iii) il significato dell'integrazione all'interno del dipartimento (ad esempio, i vantaggi legati all'integrazione per l'azienda e per i pazienti). Il secondo questionario ha posto l'attenzione su due aspetti: da una parte, il significato dell'integrazione delle tre funzioni (ricerca, didattica e assistenza) dal punto di vista dei singoli responsabili di UOC (come analisi complementare a quella condotta per i capi di dipartimento); dall'altra, il ruolo del capo di dipartimento.

Tabella 13.1 **Quadro sinottico delle interviste effettuate**

Dipartimenti intervistati	UOC intervistate
Dipartimento Testa-Collo	<i>Maxillo-facciale</i>
	<i>Oculistica</i>
	<i>Odontostomatologia</i>
	<i>Otorinolaringoiatria</i>
Dipartimento Chirurgico	<i>Chirurgia toracica</i>
	<i>Chirurgia plastica e Centro ustioni</i>
	<i>Clinica chirurgica e terapia chirurgica</i>
Dipartimento Medico Polispecialistico 2	<i>Gastroenterologia ed endoscopia digestiva</i>
	<i>Medicina interna, malattie metaboliche e vascolari</i>
	<i>Malattie infettive ed epatologia</i>
	<i>Medicina interna a indirizzo angiologico e coagulativo</i>
Dipartimento Materno-infantile	<i>Chirurgia pediatrica</i>
	<i>Clinica pediatrica</i>
	<i>Neonatologia</i>
	<i>Neuropsichiatria infantile</i>
Dipartimento Cardio-polmonare	<i>Cardiochirurgia</i>
	<i>Cardiologia</i>
	<i>Pneumologia ed endoscopia toracica</i>
	<i>Semeiotica medica</i>
Dipartimento Neuroscienze	<i>Neurologia</i>
	<i>Neuroradiologia</i>
	<i>Psichiatria</i>

13.4 L'AOU di Parma

L'AOU di Parma si configura quale polo di terzo livello, in quanto ospedale polispecialistico ad alta specializzazione, finalizzato all'offerta ai cittadini di servizi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, coerentemente con la missione dichiarata nell'atto aziendale. Questa è infatti individuata nell'esercizio delle fun-

zioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione al fine di contribuire al miglioramento dello stato di salute della collettività, di sviluppare la ricerca, di rappresentare il punto di riferimento per la promozione e produzione delle attività formative, didattiche e scientifiche in sinergia con l'Università e la comunità di riferimento. In tale prospettiva, le tendenze per lo sviluppo futuro sono orientate alla realizzazione di un ospedale costituito da pochi poli di dimensione rilevante, in cui integrare attività vicine e complementari: ospedale polispecialistico, ospedale dei bambini, ospedale della riabilitazione, polo psichiatrico, polo dei laboratori.

Le attività svolte dall'azienda coprono tutte le prestazioni ed i servizi rientranti nei Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria, di seguito elencate: pronto soccorso, degenza ordinaria, day hospital, day surgery, lungodegenza, raccolta, lavorazione, controllo e distribuzione degli emocomponenti e servizi trasfusionali.

Con specifico riferimento all'attività di ricovero, la struttura dispone complessivamente di 1.359 posti letto per i ricoveri ordinari, dei quali il 20% di alta specialità ed a bacino sovra-provinciale. I ricoveri effettuati nel 2007 sono stati 51.516, di cui 25.596 urgenti e 8.779 di alta specialità.

Riguardo all'assistenza distrettuale, è necessario distinguere tra quella farmaceutica e quella specialistica ambulatoriale. Nel primo caso si riscontra infatti una crescita tendenziale, pari nel 2005 al 14%, nell'erogazione di farmaci ai pazienti in dimissione. Nel secondo caso si rileva una maggiore stabilità nella produzione di prestazioni di diagnostica e di riabilitazione, unitamente a quelle terapeutiche, evidenziandosi un aumento per le sole prestazioni di laboratorio e per le visite.

Nel 2006, l'azienda ha chiuso l'esercizio con una perdita di € 11,6 milioni, la cui maggiore entità rispetto all'esercizio precedente è imputabile all'insufficienza delle tariffe a copertura degli aumentati livelli di attività, a fronte di un contemporaneo incremento dei costi, tra cui in particolare quelli relativi all'applicazione del contratto collettivo nazionale. La composizione dei ricavi mostra una forte rilevanza delle prestazioni di degenza ospedaliera (circa 75%) e di specialistica ambulatoriale (13%), mentre le prestazioni libero-professionali e la somministrazione diretta di farmaci costituiscono una frazione molto più contenuta (rispettivamente 3% e 4%).

L'azienda è articolata secondo un modello dipartimentale, nel quale si distinguono i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI) e i Dipartimenti Tecnico-Amministrativi.

I primi sono le strutture organizzative fondamentali dell'azienda, nelle quali sono espletate le funzioni assistenziali e di ricerca, in rapporto di integrazione con quelle didattiche e scientifiche proprie della Facoltà di Medicina e Chirurgia e dei Dipartimenti Universitari. I DAI sono 11: oltre a quelli selezionati per l'analisi (§ 13.3), anche i Dipartimenti di Emergenza-urgenza, Geriatrico-riabilitativo, Medico polispecialistico 1; Patologia e medicina di laboratorio; Radiologia e dia-

gnostica per immagine. I DAI a loro volta comprendono 63 strutture complesse, 21 strutture semplici dipartimentali e programmi. Sono direttori dei DAI sia medici ospedalieri, sia quelli universitari.

I Dipartimenti Tecnico-Amministrativi si configurano quali unità operative complesse rivolte al coordinamento nei servizi di supporto, per quanto attiene la definizione e la gestione di procedure e tecniche integrate, la pianificazione e l'implementazione di progetti di innovazione, il coordinamento dei budget dipartimentali. All'interno del modello di partecipazione, riveste un ruolo centrale il Collegio di direzione, composto da Direttore Sanitario (che lo presiede), Direttore Amministrativo, Direttore del Servizio Assistenziale e Direttori dei singoli Dipartimenti ad Attività Integrata. Il Collegio detiene funzioni di natura propositiva, organizzativa e di collegamento, inerenti la programmazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca, nonché di valorizzazione delle risorse umane. La Figura 13.1 e la Figura 13.2 illustrano la struttura organizzativa, evidenziando rispettivamente gli organi di line e di staff.

Il personale dipendente assunto a tempo indeterminato è pari a 3.381 unità, delle quali il 70% ricopre un ruolo sanitario. I lavoratori a tempo determinato,

Figura 13.1 **AOU di Parma: Uffici e servizi in line**

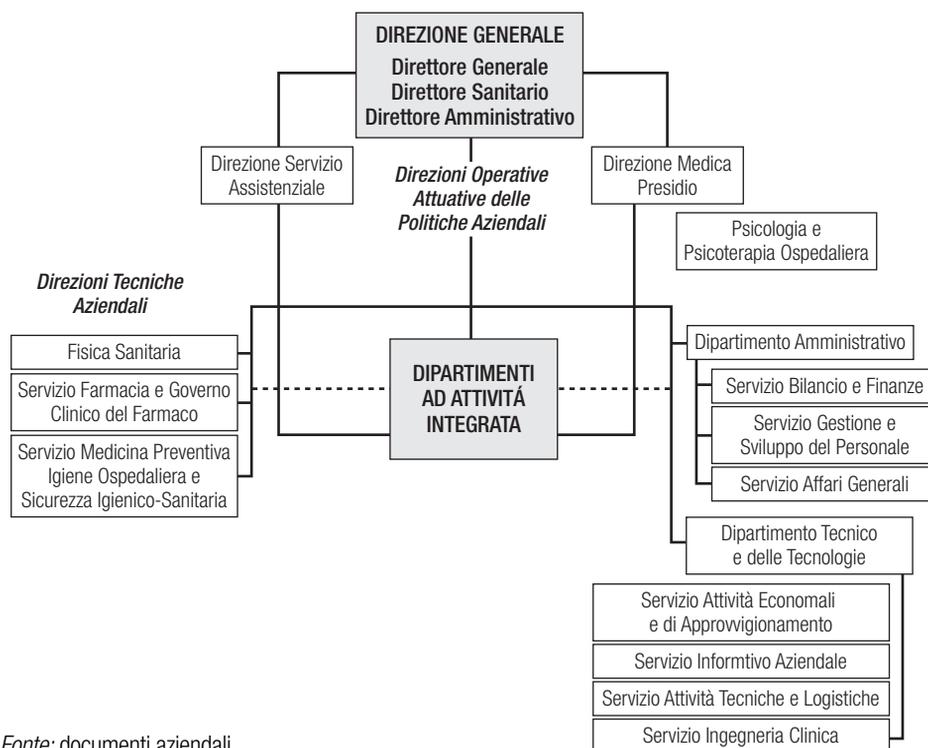
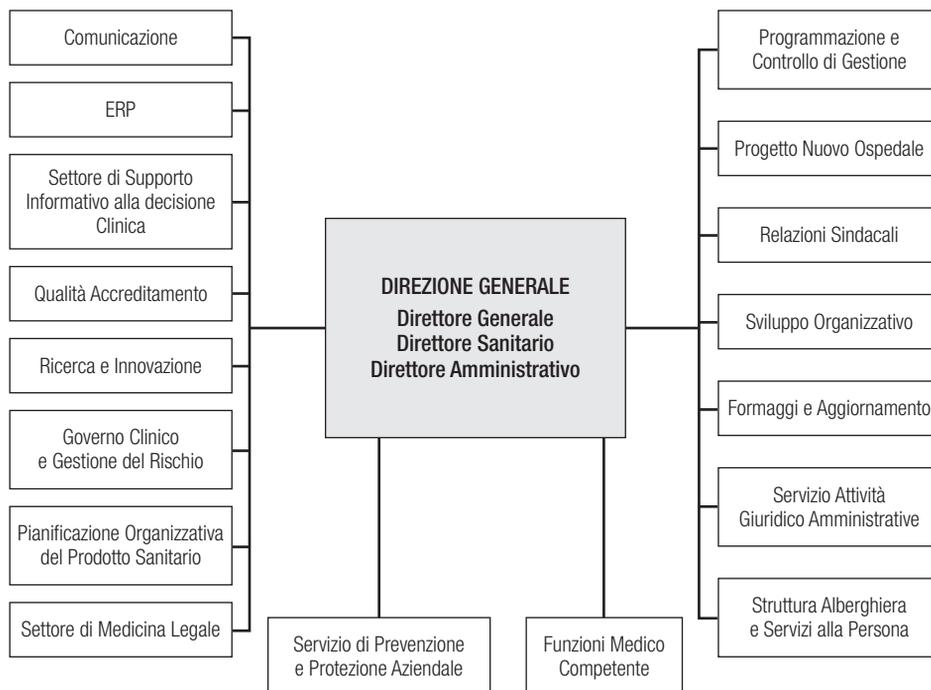


Figura 13.2 **AOU di Parma: Uffici e servizi in staff**

Fonte: documenti aziendali

in ambito sanitario e tecnico, sono di poco superiori ai 200, mentre il numero di quelli presenti in forza di altre forme contrattuali si colloca sopra il centinaio. Gli universitari convenzionati ammontano a circa 300. Complessivamente, nel corso del 2006 si è assistito ad un incremento delle risorse umane per circa 200 unità, come risultato netto di una riduzione del personale amministrativo e di un parallelo aumento di quello assistenziale, all'interno di una tendenza evolutiva verso il ricambio generazionale. Le principali cause di uscita si rinvencono nelle dimissioni e nel trasferimento. Nel corso del 2006, per esempio, 64 persone si sono dimesse, 45 hanno richiesto il passaggio ad altra amministrazione, mentre solo 11 sono uscite per raggiunto limite di età per il pensionamento.

In dettaglio, il 61% del personale del comparto risulta femminile e di età media inferiore a quarantaquattro anni, mentre il 44% di quello dirigenziale è costituito da uomini tra i 45 ed i 54 anni. Differente è la situazione laddove si consideri il personale universitario, in prevalenza maschile e di età media compresa nel range 55-64 anni.

13.5 I risultati delle interviste

I risultati delle interviste con i 6 direttori di DAI e i 16 direttori di UOC vengono ora presentati con il seguente schema logico¹¹: prima le interviste con i direttori di DAI sulle tematiche affrontate nel questionario a loro destinato e inerenti complessivamente la macrostruttura; successivamente le interviste con i direttori di DAI e di UOC sulle tematiche affrontate in entrambi i questionari ed inerenti il rapporto tra DAI e loro sottoarticolazioni. Preliminarmente va peraltro segnalato che, come in molte altre AOU, i direttori di dipartimento sono anche responsabili di UOC e che la costituzione dei DAI non ha comportato la contemporanea ridefinizione dei dipartimenti universitari.

13.5.1 Interviste con i soli direttori di DAI

Nelle parti destinate esclusivamente ai direttori di dipartimento, il questionario intendeva innanzi tutto indagare la storia del dipartimento stesso.

Le interviste hanno rilevato che i DAI sono percepiti come nati su proposta dell'azienda (3 risposte) o su mediazione tra università e azienda (3 risposte). Nessuno ritiene che il DAI sia nato su proposta dei professionisti. Ciò si spiega con il fatto che la progettazione dei DAI è un tema su cui si confrontano direttamente università e azienda e ciò la rende "questione istituzionale". Qualsiasi proposta fatta dai professionisti sarebbe stata "giocata sul tavolo" dell'uno o dell'altro portatore di interessi a seconda dell'appartenenza del professionista.

In merito agli obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI (Tabella 13.2), la risposta dei direttori si è distribuita tra le quattro opzioni offerte (erano possibili anche risposte multiple), ma con una certa prevalenza per la ricerca di economie di scala e il coordinamento scientifico professionale. La comunizzazione di risorse appare la via principale per conseguire l'obiettivo atteso.

Le criticità percepite (Tabella 13.3) sono stratificate su una molteplicità di dimensioni, tra cui le relazioni personali. Tra le possibili aree di miglioramento (Tabella 13.4) spicca quello che si è detto essere l'obiettivo principale alla base della costituzione del DAI, ossia la ricerca di economie di scala su risorse condivise.

Nell'opinione dei direttori, infine, l'introduzione dei DAI ha prodotto miglioramenti in tutte e tre le funzioni (assistenza, didattica e ricerca), ma sicuramente l'assistenza appare la maggiore beneficiaria (6 risposte per l'assistenza, 3 per la ricerca e 2 per la didattica). Dalle risposte emerge dunque che la funzione "integranda" che meglio fa da collante rispetto alle altre e sulla quale si possono quindi riconfigurare le altre è l'assistenza.

¹¹ Nell'analisi, le interviste con i direttori dei DAI sono contate solo una volta e quindi non compaiono nella colonna UOC (da cui la differenza tra l'elenco del § 13.3 e quanto presentato nel § 13.5).

412 L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008

Tabella 13.2 **Obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI**

economie di scala su risorse condivise	coordinamento scientifico professionale	accessibilità dei servizi da parte dei pazienti	semplificazione delle relazioni tra centro e periferia di azienda
6	5	2	2

Tabella 13.3 **Criticità del dipartimento**

condivisione risorse	coordinamento professionale	relazioni personali
3	2	3

Tabella 13.4 **Obiettivi perseguiti con la costituzione dei DAI**

economia di scala su risorse condivise	coordinamento scientifico professionale	accessibilità dei servizi da parte dei pazienti	semplificazione delle relazioni tra centro e periferia di azienda
5	3	2	2

Il questionario passava poi ad analizzare l'assetto organizzativo dei dipartimenti in termini di struttura organizzativa e di personale: organi del DAI, funzioni della giunta e del consiglio, presenza di un regolamento di DAI, presenza di personale infermieristico e amministrativo di dipartimento, gestione del personale specializzando. Al riguardo, tutti i direttori di DAI hanno innanzi tutto evidenziato come il consiglio abbia funzioni consultive, anche se poi 3 direttori hanno aggiunto che il consiglio programma anche le attività per le unità operative. In merito all'esistenza di un regolamento, tutti i direttori hanno risposto negativamente, sottolineando però che in alcuni dipartimenti è in corso un lavoro di predisposizione del documento. Quanto alla gestione del personale, emerge innanzi tutto che gli specializzandi fanno riferimento al dipartimento universitario e di fatto non vengono gestiti dal DAI. Si rileva, inoltre, che in ogni sede dipartimentale agisce un Responsabile Assistenziale di Dipartimento (RAD) quale figura infermieristica con funzioni di tipo gestionale-organizzativo del personale infermieristico assegnato al Dipartimento stesso. Il RAD risponde in line al Direttore del Servizio Assistenziale, che a sua volta risponde alla Direzione Generale. Non è invece presente un referente amministrativo.

Sempre nella parte riservata ai direttori di DAI, infine, il questionario intendeva indagare i meccanismi operativi, con specifico riferimento a tre aspetti: il sistema di programmazione e controllo per l'assistenza, la didattica e la ricerca il ruolo che il

Tabella 13.5 **Programmazione dell'assistenza, della didattica e della ricerca**

	Da parte del dipartimento	Da parte delle UU.OO.
Assistenza	3	1
Didattica	0	1
Ricerca	3	3

DAI ricopre all'interno del sistema di budget e i meccanismi di controllo (gerarchia versus controllo sociale/clan). In merito alla programmazione delle attività (Tabella 13.5), il ruolo del DAI emerge nella programmazione dell'assistenza (coerentemente con le risposte analizzate precedentemente), mentre è sicuramente inferiore l'impatto sulla didattica, che coerentemente alla decisione di mantenere in vita i dipartimenti universitari viene gestita di fatto da questi ultimi e dal Consiglio di Facoltà. Quanto alla ricerca, il tema risulta essere di particolare interesse per gli intervistati, anche se non è sempre evidente il contributo apportato dal DAI. Il sistema di programmazione e controllo necessita di alcuni affinamenti: da un lato, esiste una reportistica quali-quantitativa definita specificamente per i DAI e questi svolgono un ruolo di Centro di Responsabilità di secondo livello rispetto alle UOC; d'altro lato, però, non è chiarissimo lo snodo tra livello centrale e livello dipartimentale anche perché, come già segnalato, tutti i direttori di DAI sono anche responsabili di UOC. In merito al sistema di controllo, infine, prevale il controllo sociale e del clan (5 risposte su 6), in coerenza con l'elevatissima componente professionale che caratterizza la realtà oggetto di analisi.

13.5.2 Interviste con i direttori di dipartimento e i responsabili di UOC

La seconda parte dell'indagine consisteva in un sistema di domande sottoposte sia ai direttori di DAI, sia ai responsabili di UOC (nell'analisi, ovviamente i dati sono stati tenuti separati al fine di apprezzare le coerenze o le distonie).

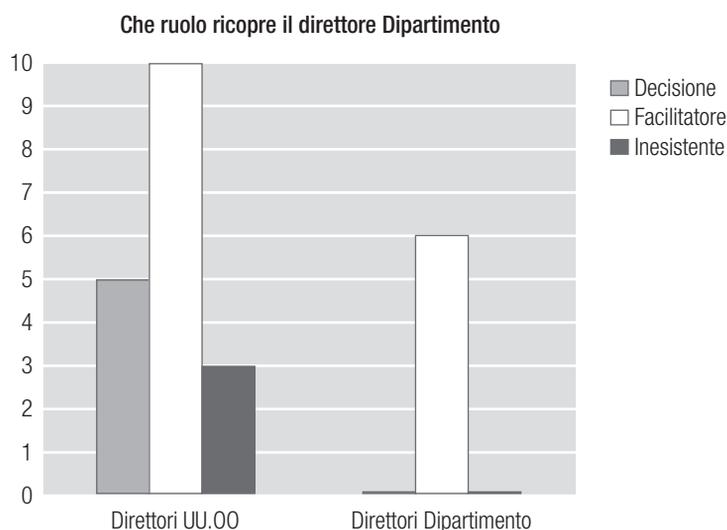
La prima tematica oggetto di analisi congiunta tra direttori di dipartimento e di UOC è legata al passaggio da DAS (Dipartimenti Assistenziali) a DAI e specificamente ai reali contenuti di questo passaggio (Tabella 13.6; per ogni domanda vi era la possibilità di risposta multipla). Entrambi i livelli organizzativi sembrano ritenere che non sia ancora giunto il momento per un'esplicita valutazione. I direttori di DAI sembrano però più *empowered* rispetto ai responsabili di UOC, come se il processo di cambiamento non avesse ancora raggiunto le "radici" dell'organizzazione. Ciò si evince da un lato dalle risposte legate alle funzioni svolte dal DAI, dall'altro dalla volontà di essere o diventare pivotali rispetto al processo in atto.

Tabella 13.6 **Contenuti del passaggio da DAS a DAI**

	Direttori UOC	Direttori DAI
Solo formale	5	1
Sostanziale	4	1
Non è ancora possibile dirlo	9	4

L'analisi ha poi indagato il ruolo del direttore di DAI, in termini sia di percezioni dei direttori di UOC, sia di autovalutazione degli stessi direttori di DAI (Figura 13.3). Il direttore di DAI si percepisce e viene percepito prevalentemente come facilitatore, sebbene sia significativo che per alcuni responsabili di UOC tale ruolo sia invece "inesistente". Che il direttore del dipartimento si percepisca come un facilitatore appare coerente con il fatto che una delle criticità di gestione dei DAI sono le relazioni personali che sembrano essere oggetto del contenuto professionale di ruolo.

In merito, invece, ai possibili vantaggi legati all'integrazione delle diverse funzioni (assistenza, didattica e ricerca) all'interno di un unico dipartimento (Tabella 13.7), i dati evidenziano un differente percepito da parte di direttori di dipartimento rispetto a quelli di UOC, che esprimono maggiori perplessità in merito.

Figura 13.3 **Ruolo del direttore di dipartimento**

Fonte: elaborazioni dati delle interviste

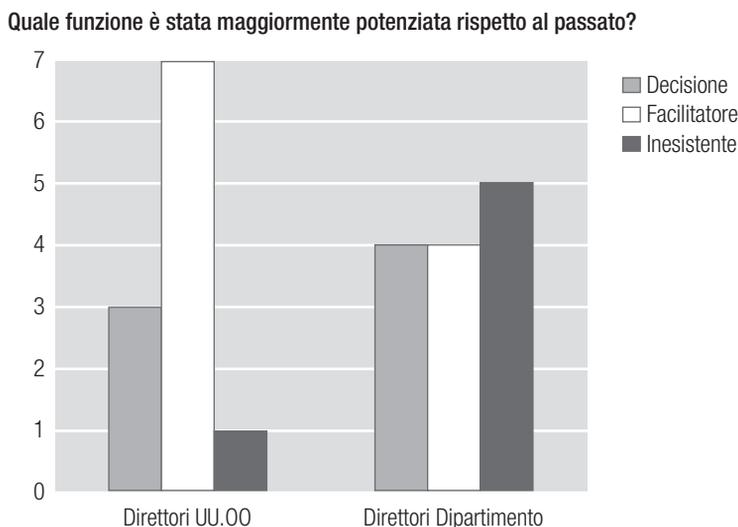
Tabella 13.7 **Presenza di vantaggi nell'aggregazione di assistenza, didattica e ricerca**

	Direttori UOC	Direttori DAI
Sì	9	5
No	6	0

Anche relativamente agli impatti del DAI sulle diverse funzioni, il percepito è differente tra i due livelli organizzativi: i responsabili di UOC evidenziano soprattutto il potenziamento dell'assistenza, mentre i direttori dei DAI hanno una posizione più sfumata, pur riconoscendo anch'essi un miglioramento legato prevalentemente all'assistenza.

D'altra parte, è interessante notare come i responsabili di UOC non percepiscano modifiche nella distribuzione del proprio tempo tra didattica, assistenza e ricerca, mentre tra i direttori dei DAI emerge uno spostamento nell'allocazione del tempo verso la ricerca e in secondo luogo la didattica.

Dal punto di vista dell'integrazione, vi è un'assoluta coincidenza di risposte relativamente alla pubblicazione di articoli firmati contemporaneamente da universitari e non: si tratta di una consuetudine già consolidata, che il DAI non sembra aver ulteriormente rafforzato. Convergenza si rileva anche con riferimento ai

Figura 13.4 **Funzione maggiormente potenziata con l'introduzione dei DAI**

Fonte: elaborazioni dati delle interviste

Tabella 13.8 **Modificazioni nella distribuzione del tempo dedicato dal direttore a didattica ricerca ed assistenza**

	Direttori UOC	Direttori DAI
più ricerca	0	3
più didattica	0	2
più assistenza	4	0
Invariati	10	2

sistemi operativi: tra quelli ritenuti più utili e più facili da introdurre spicca il budget che, seppur da affinare (come sottolineato precedentemente), si ritiene possa a regime dare un forte contributo per aumentare l'integrazione/comunicazione tra le diverse "anime" del dipartimento e contemporaneamente responsabilizzarle sulle tre dimensioni oggetto di integrazione.

13.6 Lezioni apprese e traiettorie di sviluppo per osservazioni future

Provando a sintetizzare quanto emerso dalle interviste possiamo affermare che:

- ▶ Il processo di trasformazione dei DAS in DAI è non solo complesso, ma anche lento nel raggiungere tutti i livelli dell'organizzazione. Dal caso emerge chiaramente un coinvolgimento maggiore e un atteggiamento più favorevole dei direttori di DAI rispetto ai responsabili di UOC.
- ▶ L'assistenza è la funzione più facilmente integrabile rispetto alla ricerca (in prima battuta) e alla didattica (in seconda battuta). Ciò può modificare anche il mix di attività dei professionisti: quelli che si lasciano coinvolgere dal processo di cambiamento sviluppano nuove attività (i direttori che fanno ricerca oltre che assistenza), altrimenti la routine professionale può non cambiare (si può rimanere passivi alla nascita dei DAI). La centralità della funzione assistenziale è sottolineata anche dalle attese di conseguire economie di scala (forse più facilmente raggiungibili nell'assistenza rispetto alla ricerca ed alla didattica).
- ▶ Il DAI è un luogo di conflitto relazionale (come in qualsiasi tipologia di dipartimento, probabilmente), ma l'obiettivo di integrare attività di contenuto differente (ricerca, didattica e assistenza) costringe il direttore di dipartimento a gestire tali conflitti.

Il caso consente di aprire la riflessione su un tema largamente sottovalutato dalla letteratura: il valore che i professionisti attribuiscono all'integrazione delle fun-

zioni di didattica, ricerca e assistenza e al relativo impatto sul contenuto dell'operato professionale.

Gran parte dei contributi esistenti sul tema si concentra sull'integrazione di natura istituzionale per l'avvio di queste nuove tipologie di istituti che sono le AOU. Poiché le dinamiche che si sviluppano al loro interno, per storia ed imprinting culturale propri del mondo dell'università e delle aziende sanitarie, sono quelle delle "arene politiche" e delle "guerre di territorio", operationalizzare il concetto di integrazione tra funzioni potrebbe rappresentare una modalità per orientare meglio il comportamento di queste nuove entità istituzionali. Il processo di integrazione istituzionale è naturalmente un processo di mediazione di interessi, di ricerca di consenso stabile, mentre orientare il comportamento di una costituenda entità aziendale (anche attraverso la progettazione di strutture organizzative funzionali agli obiettivi istituzionali – i DAI) passa dall'aver compreso in che modo "dar gambe" all'integrazione delle funzioni.

Tale processo non può che partire dalle aspettative dei professionisti. Come si aspettano che cambi il contenuto professionale della loro attività assistenziale se coinvolti in processi di *innovation transfer* rispetto a nuove modalità di diagnosi, trattamento e *follow up* dei pazienti sperimentate nella ricerca? Che vantaggi produce programmare l'attività assistenziale in funzione delle ore di didattica da sviluppare? Come sviluppare e utilizzare i percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) per rendere routine organizzativa ciò che è un'innovazione sperimentale o per sviluppare l'addestramento degli specializzandi?

Queste sono alcune delle questioni chiave che, partendo dalle percezioni dei professionisti, possono trovare una risposta concreta e dare contenuto operativo ai progetti di dipartimento. Come conseguire i vantaggi dell'integrazione dipende ovviamente anche dal criterio di progettazione del DAI: un dipartimento composto da specialità affini dovrà sviluppare i suoi progetti di integrazione in modo differente da un altro composto da specialità complementari (ad esempio, in un dipartimento chirurgico le unità operative condividono l'attività operatoria ed è su quella che si potrà creare condivisione ed integrazione, mentre in un dipartimento d'organo l'integrazione si potrà sviluppare sul processo di cura).

13.7 Considerazioni conclusive

L'analisi presentata nei paragrafi precedenti conferma la complessità dei processi di introduzione dei DAI ed evidenzia che, a Parma come altrove, il percorso di cambiamento si trova a metà del guado.

La costituzione di dipartimenti mirati a integrare didattica, ricerca e assistenza comporta un percorso organizzativo ambizioso e generatore di cambiamenti complessi che, anche in questo caso, devono misurarsi con situazioni di inerzia

organizzativa. La complessità del percorso è determinata dal presupposto alla base della soluzione organizzativa progettata, che prevede l'integrazione di attività quali la ricerca, la didattica e l'assistenza. Tali attività sono contraddistinte, sul piano organizzativo, da peculiarità, elementi e fattori di complessità, strumenti e leve di intervento decisamente articolate che quindi, sul piano della progettazione organizzativa, richiedono uno sforzo consistente e adeguato che solo in rare situazioni è stato posto in essere.

L'indagine ha comunque evidenziato in modo piuttosto nitido l'esistenza, alla base del processo di introduzione dei DAI, di un significativo rationale organizzativo, seppur non sempre condiviso, che giustifica il percorso avviato e alimenta l'esigenza di investire, sul piano organizzativo, su questo nuovo assetto.

Tra gli interventi necessari emerge certamente l'esigenza di favorire una più chiara e partecipata condivisione degli obiettivi di fondo che, grazie all'attivazione dei DAI, l'azienda e i singoli dipartimenti intendono perseguire. Tale visione comune e condivisa, con le conseguenti priorità sul fronte del cambiamento e degli obiettivi di razionalizzazione organizzativa, è alla base di processi di mutamento organizzativo che, allo stesso tempo, devono perseguire il necessario disegno ambizioso evitando che possa sfociare in un processo velleitario.

Un'ulteriore esigenza che emerge dall'indagine concerne la necessità di semplificare e unificare le soluzioni assunte in termini di assetti organizzativi intra-aziendali. In sostanza la costituzione dei DAI, in corrispondenza del mantenimento di preesistenti assetti organizzativi quali i dipartimenti universitari, crea un'inevitabile inerzia all'entrata a regime dei DAI stessi quali soluzioni e assetti organizzativi di riferimento dei processi di integrazione aziendale. L'introduzione dei DAI richiede pertanto uno sforzo di riprogettazione unitario che permetta di valorizzare le nuove soluzioni introdotte, con la piena messa a regime delle opportunità di integrazione che la nuova struttura è in grado di esprimere.

Risulta poi evidente che un processo di ridisegno organizzativo con le caratteristiche ampiamente descritte nei paragrafi precedenti richiede meccanismi operativi pensati e progettati in modo specifico e dedicato. Questo orientamento è spesso mancato, con le conseguenti difficoltà ad adottare e utilizzare, per esempio, i tradizionali meccanismi di natura budgetaria concepiti per le Aziende Ospedaliere impegnate soltanto (o comunque prevalentemente) nell'attività di assistenza. Anche per l'AOU di Parma, un prossimo passaggio rilevante consisterà nel promuovere la progettazione di meccanismi di funzionamento costruiti e concepiti in modo dedicato.

Tra tali meccanismi è il caso di citare, oltre agli strumenti di programmazione e controllo, le soluzioni relative ai meccanismi di integrazione che, dovendo essere applicati all'attività di assistenza, ai percorsi didattici e alle linee e attività di ricerca, richiedono sforzi di indubbia progettazione specifica. Gli strumenti classici

adottati per l'integrazione organizzativa nei percorsi di cura, quali protocolli, percorsi diagnostici, procedure, devono essere ripensati radicalmente con la ricerca di modalità di progettazione micro-organizzativa in grado di coniugare l'assistenza con lo sviluppo di percorsi di ricerca orientati al trasferimento di conoscenze mediante percorsi didattici applicati e sviluppati all'interno e all'esterno di aule e spazi dedicati. Sul tema risulta di condivisa evidenza la necessità di coniugare due esigenze: da un lato definire le caratteristiche di codificati comportamenti attesi, tipici dell'attività di assistenza; dall'altro garantire innovazione e discontinuità nel metodo e nel merito, come richiesto dalle attività di ricerca e didattica. Si tratta in sostanza di definire meccanismi di microprogettazione organizzativa applicati ad attività profondamente differenti per natura, profili di competenze richiesti, numero e articolazione dei livelli di conoscenze direttive ed esecutive coinvolte.

Ulteriori meccanismi operativi indispensabili nell'ambito dei DAI sono strumenti orientati alla sedimentazione e al consolidamento ascrivibili alla sfera del *knowledge management*. A questo proposito il DAI dovrebbe sviluppare strumenti dedicati, a partire da banche dati delle migliori prassi assistenziali, di svolgimento della ricerca e della didattica che permettano di valorizzare in primo luogo tale soluzione organizzativa come occasione di apprendimento e di integrazione delle competenze professionali (mediche, infermieristiche, tecniche e amministrative).

A livello di *governance*, il problema che emerge dall'indagine accomuna i DAI ad altre soluzioni e strutture organizzative adottate in ambito professionale. Le soluzioni di *governance* in tali ambiti sono chiamate a coniugare assetti in grado di garantire decisionalità e tempestività nel *problem solving* ad un elevato coinvolgimento dei *professional*. Gli organi del DAI, pertanto, devono garantire rappresentatività e coinvolgimento nei processi di istruzione delle decisioni alle componenti e agli ambiti specialistici in campo, senza però sfociare nella pletoricità. Tutto ciò deve coniugarsi con una leadership autorevole che però non può sfociare, a rischio altrimenti la tenuta della soluzione organizzativa, in atteggiamenti autoritari. La questione si rivela complessa, a Parma come in altre aziende analoghe, in quanto non passa solo attraverso schemi regolamentatori coerenti e funzionali, ma anche attraverso atteggiamenti e stili di operatori professionali spesso impreparati alla sfida.

In sintesi, dall'indagine emerge che nell'AOU di Parma il processo di attivazione dei DAI è un cantiere aperto, con il quale l'azienda sta cercando di mettere a valore le esperienze, le competenze e le sensibilità che dalla prima metà degli anni '90 ha sviluppato sul fronte dell'attivazione di strumenti manageriali anche avanzati, che però devono ancora in parte coniugarsi con ulteriori strumenti organizzativi e gestionali che, per una scommessa come quella in campo, richiedono altri sforzi di progettazione organizzativa dedicata.

Bibliografia

- Carbone C., Lega F., Salvatore D., Tozzi V. (2007), «Ospedali e Università: illusioni, delusioni e realtà di un rapporto difficile», in Anessi Pessina E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2007*, Milano, Egea.
- Cicchetti A., Matarrese D. e Vicentini, F. (2005), «Dipartimentalizzazione e governo clinico: l'adozione di ruoli di integrazione in tre casi aziendali», in Anessi Pessina E e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Gullotti A., (2000), «Il tramonto dei policlinici universitari ed il futuro della medicina, *S.i.t.i. Notizie*, 1.
- Guzzanti E. (2000), «L'organizzazione e la gestione dell'assistenza, della formazione e della ricerca», in Verme G., Renga G., Roda E., Baraldi G. (a cura di), *I policlinici italiani e le aziende università-ospedale*, Atti del congresso del 14-15 aprile 2000, Edizioni scientifiche MAF.
- Knowles J.H. (1965), *The balanced biology of the teaching hospital*, Cambridge, Harvard University Press.
- Lega F., Verme G. (2003), «L'Ospedale polispecialistico tra presente e futuro. Assetto istituzionale, organizzativo e gestionale», *Mecosan* 45: 59-75.
- Lega F. (2006), «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo», in Anessi Pessina E. e Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, Egea.
- Meloni F., Filigheddu E., Sequi R., Sorrentino G. (1999) «I policlinici universitari: vere aziende, semiazienze o aziende virtuali», *Mecosan* 30: 65-73.
- Mintzberg H. (1979), *The structuring of organizations*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall (trad. it. *Le strutture organizzative*, Bologna, Il Mulino, 1985).
- Mintzberg H. (1983), *Structuring in fives: designing effective organization*, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall.
- Pesci P., Zanetti M., Fantini M.P., Roversi E., Merlin M., Santi M. (1999), «Costi, attività e finanziamento degli ospedali di insegnamento in Emilia Romagna», *Mecosan* 32: 65-74.
- Zanetti M., Fantini M.P., Montaguti U., Barbieri L. (1998), «L'ospedale di insegnamento, accessorio di lusso o valore sociale?» *Forum* 8(1): 25-37.