



**LE FRONTIERE DELLA SANITÀ TRA DECENTRAMENTO ISTITUZIONALE
E SPERIMENTAZIONI GESTIONALI
BOLOGNA
25-27 SETTEMBRE 2002**

**LA DIFFUSIONE DEI MODELLI DIPARTIMENTALI E L'IMPATTO
SULLA GESTIONE DELLE AZIENDE SANITARIE**

**Eugenio Anessi Pessina, Stefano Baraldi, Americo Cicchetti,
Antonella Cifalinò, Massimo Memmola**

Università Cattolica del Sacro Cuore - Milano

Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma



1. LA DIFFUSIONE DEI MODELLI DIPARTIMENTALI NELLE AZIENDE SANITARIE ITALIANE

Ormai da molti anni il tema dei dipartimenti cattura l'attenzione di chi opera in sanità. Azzardando una metafora, si potrebbe quasi sostenere che, per molti versi, i dipartimenti rappresentano, sulle "mappe di navigazione" della sanità italiana, una vera e propria "isola non trovata". Le suggestioni ed il fascino di un modello di organizzazione dipartimentale si scontrano infatti con una realtà oggettiva che lascia pochi spazi alla fantasia e, soprattutto, molti interrogativi senza risposta: in quale misura i dipartimenti si stanno realmente diffondendo nelle aziende sanitarie italiane? si tratta di un cambiamento sostanziale o formale? quali risultati si stanno ottenendo? quanto sta realmente migliorando il funzionamento dell'organizzazione delle strutture sanitarie? come viene gestito il processo di cambiamento?

In Italia, il modello dipartimentale è stato quasi unanimemente indicato come una vera e propria "grande promessa" per la soluzione dei problemi della sanità. La letteratura ha infatti individuato nei dipartimenti un *driver* fondamentale per consentire alle aziende sanitarie di migliorare drasticamente le proprie performance in termini di un più razionale impiego delle risorse disponibili, di migliori risultati clinici, di più efficaci percorsi di apprendimento e di sviluppo delle conoscenze.¹

La realtà dei fatti, tuttavia, sembra smentire, almeno in parte, queste attese. Nella relazione conclusiva sul funzionamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere da parte della Commissione Parlamentare di inchiesta sul Sistema Sanitario, ad esempio, si sottolinea come "il modello dipartimentale stenta ancora a decollare".² Analogamente, le (poche) ricerche effettuate su questo tema in Italia testimoniano le difficoltà incontrate nel fare uscire il modello dei dipartimenti da una fase sperimentale e da una dimensione prevalentemente "formale".³

Non è difficile, in questo contesto, attribuire ai dipartimenti il ruolo di "eterna incompiuta" o di rivoluzione più volte annunciata, ma mai realizzata. Nasce pertanto l'esigenza di verificare "sul campo" quali siano i fattori che inibiscono la diffusione del modello dipartimentale e che dia conto, soprattutto, della misura in cui i dipartimenti istituiti nelle aziende sanitarie italiane si rivelino uno strumento efficace per cambiare i meccanismi di funzionamento e la cultura di queste organizzazioni.

In questo scritto vengono sintetizzati i principali risultati di una *survey*, condotta a livello nazionale, che si propone di "gettare un po' di luce" su questo tema. In particolare, si è cercato di fare emergere gli elementi di conoscenza necessari per comprendere:

- cosa sta effettivamente cambiando nelle organizzazioni sanitarie italiane a seguito dell'introduzione dei dipartimenti?
- qual è lo "stato dell'arte" della diffusione del modello dipartimentale in Italia?
- quali sono i risultati effettivamente raggiunti grazie al processo di dipartimentalizzazione (la promessa è stata mantenuta)?

È doveroso segnalare che questa *survey* fa parte di un progetto di ricerca più articolato che prevede differenti momenti di analisi e di approfondimento. Si è voluto, infatti, approcciare il tema dei dipartimenti valorizzando diverse prospettive di analisi o "punti di vista". Il lavoro di *survey* sintetizzato in questo paper, infatti, raccoglie il "punto di vista" delle direzioni aziendali ovvero di coloro che hanno la responsabilità di introdurre i dipartimenti nelle proprie realtà aziendali. I risultati di seguito

¹ Cfr. EUGENIO ANESSI PESSINA, ANTONELLA CIFALINÒ, GIOVANNI D'ANGELO, MASSIMO MEMMOLA: *La diffusione dei modelli dipartimentali e l'impatto sulla gestione delle aziende sanitarie: Un'analisi critica della letteratura*, Tendenze Nuove n. 4/2001 e 1/2002

² SENATO DELLA REPUBBLICA, COMMISSIONE PARLAMENTARE DI INCHIESTA SUL SISTEMA SANITARIO: *Il funzionamento delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere con particolare riferimento allo stato del processo di aziendalizzazione*, aprile 2001.

³ Cfr. PACI A., *L'organizzazione dipartimentale nelle aziende ospedaliere ad alta specialità*, Intervento al XXXVI Congresso Nazionale SIMFER, Brescia, 1998 e BERGAMASCHI M. E CANTU E., *Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale nelle strutture ospedaliere*, in Anessi Pessina E. e Cantù E., *L'aziendalizzazione della sanità in Italia: Rapporto OASI 2000*, Milano, Egea, 2000

analizzati, infatti, sono stati raccolti grazie ad un questionario somministrato a tutte le direzioni delle aziende sanitarie italiane. Si è ritenuto fondamentale (ai fini dell'efficacia del progetto di ricerca) integrare i *findings* emersi in questa fase con due ulteriori prospettive di analisi:

- il “punto di vista” di alcuni *opinion leader*,⁴
- il “punto di vista” degli operatori del settore che, pur non avendo (come la direzione aziendale) una responsabilità diretta nel “portare” i dipartimenti nelle varie realtà aziendali pure giocano un ruolo di assoluti protagonisti nel farli funzionare in maniera più o meno efficace.⁵

Questo paper è articolato rispetto alle seguenti aree di interesse:

- la struttura logica del questionario, le modalità di erogazione dello stesso alle aziende sanitarie italiane e le caratteristiche del campione prescelto e delle aziende coinvolte nel processo di ricerca (§ 2);
- l'analisi dei dati raccolti (§ 3-9).

Il principale obiettivo della *survey* è mettere in evidenza la misura in cui i dipartimenti siano, nella realtà dei fatti, “entrati” in maniera incisiva nell'organizzazione e nei processi manageriali delle aziende sanitarie fino a diventarne la vera e propria “struttura portante”. Coerentemente con questa finalità, agli intervistati è stato chiesto di “raccontare” l'esperienza della propria azienda in relazione ai seguenti aspetti:

- PERCHÉ CAMBIARE? quali esigenze portano (o stanno portando) l'azienda verso un processo di dipartimentalizzazione? (§ 3)
- QUAL È L'AMPIEZZA DEL CAMBIAMENTO? in quale misura l'azienda è impegnata nel processo di introduzione dei dipartimenti? in quale misura il modello dipartimentale è diffuso nell'ambito dell'organizzazione aziendale? in quale fase di “avanzamento” si trova lo sviluppo del modello dipartimentale? (§ 4)
- QUAL È LA PROFONDITÀ DEL PROCESSO DI CAMBIAMENTO? l'eventuale introduzione dei dipartimenti sta realmente cambiando l'organizzazione del lavoro? si tratta di un cambiamento sostanziale o solamente formale? si sono adeguati (e come) i meccanismi operativi? stanno cambiando i ruoli e le competenze delle figure professionali che dovrebbero farli funzionare? e delle altre unità organizzative (staff, direzione)? (§ 5)
- QUALI SONO I MODELLI EMERGENTI? quali modelli dipartimentali si stanno affermando? (§ 6)
- COME VIENE GESTITO IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO? quale approccio è stato seguito (autoritario vs partecipativo, incrementale vs radicale, ecc.) per la realizzazione del processo di dipartimentalizzazione? (§ 7)
- QUALI FATTORI DI RESISTENZA O “AGEVOLANTI”? quali ostacoli stanno “frenando” lo sviluppo del modello dipartimentale? quali fattori, invece, agevolano questa evoluzione? (§ 8)
- QUALI RISULTATI SI STANNO OTTENENDO? quanto, grazie ai dipartimenti, sta realmente migliorando il funzionamento dell'organizzazione delle strutture sanitarie? (§ 9)

Nelle pagine successive verranno presentate le principali indicazioni emerse dall'analisi dei dati resi disponibili dalla *survey* in relazione a questi aspetti di criticità.

⁴ S. BARALDI – A. CICHETTI, *Quali dipartimenti nella sanità italiana? Parlano gli opinion leaders ...*, Il Sole24Ore, inserto Sanità & Management, di prossima pubblicazione.

⁵ Il progetto di ricerca prevede, attraverso la tecnica dei *case studies*, un'analisi approfondita di 3 strutture sanitarie ritenute particolarmente significative in relazione al processo di dipartimentalizzazione.

2. RESEARCH METHODOLOGY

L'ipotesi fondamentale assunta alla base della ricerca è che l'introduzione dei dipartimenti, per non essere un processo esclusivamente formale, dovrebbe rispondere ad esigenze delle aziende sanitarie, diffondersi in modo ampio e profondo all'interno delle strutture sanitarie ed, infine, essere accompagnata da un efficace processo di *change management*.

Alla luce di tale ipotesi, la fase di ricerca empirica ha avuto l'obiettivo di rilevare la diffusione del modello dipartimentale nelle aziende sanitarie italiane, tramite una *survey* realizzata attraverso un questionario distribuito su base nazionale, via posta, ai direttori generali e sanitari delle aziende coinvolte nell'indagine. La struttura del questionario include 26 domande, articolate in otto aree logiche di rilevazione, corrispondenti ai sette quesiti di ricerca precedentemente formulati e precedute da una sezione contenente le istruzioni di compilazione. Complessivamente, la distribuzione e la raccolta dei questionari ha richiesto tre mesi di attività, sviluppatasi nel periodo maggio-luglio 2001.

L'universo di riferimento della ricerca è rappresentato dalle strutture di ricovero, pubbliche e private, presenti in Italia così come desumibili dal database ufficiale del Ministero della Salute, aggiornato ad aprile 2001.

Al fine di una maggiore significatività delle informazioni raccolte, si è tuttavia deciso di escludere dal campione di ricerca le strutture di minori dimensioni, in particolare quelle con un numero di posti letto inferiore a 120. In effetti, sono queste principalmente strutture private di piccole dimensioni, le cui semplici tipicità organizzative e gestionali rendono meno evidente la necessità di adottare un modello organizzativo complesso quale quello dipartimentale.

L'universo composto da 498 aziende risulta articolato nelle seguenti tipologie principali:

- Aziende Ospedaliere (19%);
- ASL con Ospedali a Gestione Diretta (38%)
- Policlinici Universitari (1%)
- I.R.C.C.S (10%).
- Aziende Private (accreditate e non) (32%)

Al questionario hanno risposto 180 aziende corrispondenti al 36,14% della totalità dell'universo di riferimento della ricerca.

L'analisi secondo una dimensione geografica delle risposte ricevute mette in evidenza una maggiore sensibilità alle tematiche indagate dal questionario nelle aziende localizzate al nord (tasso di risposta medio pari al 41%) con una tendenza a decrescere man mano che ci si sposta al centro (tasso di risposta pari al 35%) e al sud (tasso di risposta pari al 31%).

Più nel dettaglio l'analisi per tipologia aziendale permette di apprezzare come l'interesse nei confronti del modello organizzativo dipartimentale sia maggiormente diffuso nelle aziende pubbliche e nei policlinici universitari. La ragione di tale fenomeno è probabilmente da ricondursi alle maggiori dimensioni di tale strutture e al conseguente livello di complessità gestionale ed organizzativa.

In particolare, la percentuale di questionari ritornati da parte dei Policlinici Universitari, pari al 71%, è accompagnata da un significativo 58% per le Aziende Ospedaliere e da un 49% registrato nel caso delle Aziende Sanitarie Locali. I tassi di ritorno per le Aziende Private e per gli I.R.C.C.S., decisamente più bassi, sono rispettivamente pari al 12% e al 19%.

3. PERCHÉ CAMBIARE?

Anche se i dipartimenti si confermano essere una soluzione organizzativa tipicamente *multi purpose*, le esigenze che spingono le aziende sanitarie a “puntare” sui dipartimenti sono sostanzialmente riconducibili alla ricerca di margini di recupero di efficienza e di spazi di miglioramento nelle performance di tipo clinico. I dipartimenti, in altri termini, vengono interpretati come una delle “ricette” fondamentali per dare sostanza all'imperativo del *fare meglio con meno*.

In termini generali si può infatti osservare che le aziende considerate hanno visto e vedono nel modello dipartimentale uno strumento essenziale per:

- migliorare l'*efficienza* attraverso un utilizzo più razionale delle risorse disponibili (attrezzature, personale, ecc.);
- migliorare l'efficacia in termini di *performance cliniche* (es. miglioramento degli *outcome* clinici).

Più del 90% degli intervistati identifica infatti nell'*improvement* in termini di efficienza e di efficacia il potenziale beneficio derivante dall'introduzione dei dipartimenti nelle proprie strutture.

In una posizione lievemente più “subordinata” (nella percezione degli intervistati) si collocano altri fattori quali: a) l'esigenza di valorizzare il ruolo del medico (es. partecipazione dei responsabili di dipartimento alla definizione delle strategie aziendali) nell'ambito dei processi di gestione aziendale; b) costituire un team dirigenziale intermedio tra la direzione generale ed i responsabili delle unità operative, creando una sorta di livello intermedio ritenuto fondamentale per migliorare i processi manageriali; c) creare motivazione e migliorare il clima di lavoro all'interno delle unità operative; d) migliorare l'efficacia della didattica e lo sviluppo delle competenze professionali (es. promozione di gruppi di lavoro interdisciplinari).

Più trascurate, invece, risultano le presunte capacità dei dipartimenti di: a) promuovere l'innovazione e la ricerca scientifica (es. sviluppo di nuove metodiche per il trattamento di date patologie); b) limitare l'autonomia professionale del personale medico (es. introducendo forme di responsabilizzazione rispetto ai risultati raggiunti nello svolgimento della propria attività).

Non va sottovalutato, infine, l'impatto che l'evoluzione della normativa ha avuto nello sviluppo dei modelli dipartimentali: più del 50% delle aziende considerate associa l'introduzione dei dipartimenti con l'esigenza di adempiere agli obblighi di legge.

4. QUAL È L'AMPIEZZA DEL CAMBIAMENTO?

Dopo un prolungato periodo di “gestazione”, il modello dipartimentale comincia a diffondersi in maniera significativa *tra* e *nelle* aziende sanitarie italiane.

Per ciò che riguarda la diffusione *tra* le aziende sanitarie, il modello dipartimentale sta trovando concreta applicazione nella maggior parte delle organizzazioni sanitarie italiane. Il 78% delle aziende coinvolte nella *survey*, infatti afferma che il proprio assetto organizzativo include attualmente la presenza di uno o più dipartimenti.

Un'analisi più articolata di questi dati di sintesi permette di comprendere come:

- il modello dipartimentale trova più ampia diffusione nelle aziende sanitarie del Nord Italia (88%) mentre sia nel Centro (75%) che nel Sud e nelle Isole (63%) si riscontra una minore propensione al cambiamento degli assetti organizzativi aziendali;
- nel complesso tutto il settore pubblico manifesta una elevata inclinazione verso i dipartimenti che risultano presenti nel 95% delle aziende ospedaliere e nell'81% delle ASL; difficoltà mag-

giori, invece, incontra lo sviluppo del modello dipartimentale negli IRCCS (62%) e, soprattutto, nel privato dove solo il 21% delle aziende private accreditate dichiara di avere introdotto almeno un dipartimento nella propria struttura organizzativa;

- l'interesse verso i dipartimenti cresce in relazione alle dimensioni aziendali; nelle aziende di grandi dimensioni, infatti, la diffusione dell'organizzazione dipartimentale risulta assolutamente evidente (90% nelle aziende con un numero di posti letto superiore a 600 e 89% nelle aziende con un numero di posti letto compresi tra 300 e 600); sensibilmente più contenuta, invece, è la presenza dei dipartimenti nelle aziende di minori dimensioni (49% nelle aziende con un numero di posti letto compreso tra 120 e 300).

Se, da un lato, la diffusione del modello dipartimentale dimostra di avere ormai raggiunto buona parte delle aziende sanitarie italiane, dall'altro i dati raccolti attraverso la *survey* indicano con chiarezza che la presenza dei dipartimenti all'interno di queste realtà organizzative tende ad assumere un ruolo tutt'altro che marginale. I dipartimenti, in altri termini, iniziano ad assumere una diffusione di rilievo non solo *tra* bensì anche *nelle* aziende sanitarie italiane.

Sebbene la valutazione del grado di "profondità" dei cambiamenti organizzativi generati dallo sviluppo dei dipartimenti sia trattata più oltre, l'analisi dei dati raccolti permette di osservare che le aziende che hanno "scelto" i dipartimenti stanno intervenendo in maniera estremamente pervasiva sul proprio assetto organizzativo. In termini generali, infatti, circa il 70% delle aziende osservate afferma che l'introduzione dei dipartimenti clinici ha "toccato" la totalità delle proprie unità operative.

Le indicazioni emerse dai questionari raccolti evidenziano inoltre che, nelle aziende italiane, il processo di introduzione dei dipartimenti si colloca ancora in una fase di sviluppo rispetto ad un ipotetico "ciclo di vita". Si ha l'impressione, in altri termini, che sia arrivato il momento in cui, anche nel nostro paese, il modello dipartimentale sia pronto ad uscire da una dimensione puramente teorica e, si potrebbe dire, "burocratica" per dimostrarsi uno strumento effettivamente in grado di incidere sui meccanismi di funzionamento dell'organizzazione:

- il 93% delle aziende che hanno intrapreso lo sviluppo del modello dipartimentale hanno completato la fase di progettazione (quanti dipartimenti, quale modello di dipartimento, ecc.);
- l'81% di queste aziende ha già deliberato l'istituzione di tutti i dipartimenti previsti in fase progettuale;
- nel 90% dei casi è già avvenuta la nomina dei responsabili di dipartimento;
- nel 40% delle aziende che hanno introdotto i dipartimenti si sta realizzando un effettivo ripensamento della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi (budgeting, incentivazione, ecc).

5. QUAL È LA PROFONDITÀ DEL CAMBIAMENTO?

I risultati della *survey* con riferimento alla profondità del cambiamento generato dal processo di dipartimentalizzazione possono essere sintetizzati in tre punti:

- la natura formale ovvero sostanziale del processo di cambiamento;
- le caratteristiche dei processi decisionali;
- gli aspetti di maggiore criticità.

Con riferimento al primo aspetto, la letteratura e gli *opinion leader* segnalano il rischio di un processo solo formale nell'introduzione dei dipartimenti. L'indagine conferma, anzitutto, una significati-

va attenzione agli aspetti formali e retributivi, in quanto risulta che il regolamento di dipartimento è stato ampiamente introdotto (in particolare, nel 78% delle aziende esiste già un regolamento per tutti i dipartimenti che sono stati istituiti, nel 13% dei casi esiste un regolamento almeno per alcuni dipartimenti e, infine, solo nel 9% delle aziende nessun dipartimento prevede un regolamento) e che l'indennità di posizione di responsabile di dipartimento è già stata definita nell'81% delle aziende che hanno adottato il modello dipartimentale.

A fronte di questi elementi di natura formale relativi alla "profondità" del processo di dipartimentalizzazione all'interno delle aziende sanitarie italiane, l'indagine ne evidenzia nel contempo considerevoli aspetti sostanziali.

Un primo elemento di natura sostanziale è dato dal fatto che il responsabile di dipartimento risulta nominato in prevalenza attraverso un forte coinvolgimento diretto del direttore generale, segnale della legittimazione che l'alta direzione intende attribuire ai responsabili di queste nuove unità organizzative. Dall'indagine risulta, infatti, che nel 53% delle aziende è il direttore generale a nominare autonomamente il responsabile di dipartimento e nel 37% delle aziende il direttore generale sceglie il responsabile di dipartimento tra una rosa di soggetti proposti dal comitato di dipartimento.

Un secondo ordine di elementi sostanziali riguarda l'ampiezza degli obiettivi rispettivamente assegnati ai responsabili di dipartimento e ai responsabili delle unità operative che appartengono al dipartimento. In particolare, dall'indagine risulta che nel 65% delle aziende che hanno introdotto i dipartimenti al responsabile di dipartimento sono attribuiti obiettivi più ampi della somma degli obiettivi attribuiti ai responsabili delle unità operative che afferiscono al dipartimento. La presenza di una area di obiettivi maggiore in capo al responsabile di dipartimento rispetto ai responsabili delle unità operative è un chiaro segnale della presenza di dimensioni di responsabilità specifiche a livello dipartimentale, cui dovrebbero contestualmente corrispondere anche una allocazione e una gestione di risorse specifiche al dipartimento e comuni alle sue unità operative.

In maniera speculare, dall'indagine risulta anche che nel 67% delle aziende che hanno introdotto i dipartimenti ai responsabili delle unità operative sono assegnati obiettivi condivisi, vale a dire che ogni responsabile di unità operativa risponde sia degli obiettivi della propria unità operativa sia degli obiettivi del dipartimento a cui appartiene. Al contrario, solo nel 33% dei casi risulta che i responsabili delle unità operative rispondono di obiettivi individuali, ovvero solo ed esclusivamente di obiettivi assegnati in misura specifica alla propria unità operativa. Tale evidenza dimostra come l'appartenenza della unità operativa al dipartimento non rappresenta solo un fenomeno nominale, bensì origina anche responsabilità condivise, quale segnale della volontà di sfruttare le sinergie esistenti tra le unità operative a livello dipartimentale.

Un terzo aspetto sostanziale nell'introduzione dei dipartimenti è ravvisabile nella composizione del Collegio di Direzione, organo che esiste nel 52% delle aziende che hanno introdotto i dipartimenti. Infatti, dove questo organo è presente, vi partecipano generalmente (vale a dire nell'86% dei casi) tutti i responsabili di dipartimento che siano già stati nominati, a dimostrazione del ruolo attivo - e non solo nominale - assegnato alla posizione di responsabile di dipartimento.

Quest'ultima osservazione è ulteriormente corroborata dalle attività direzionali che, in base all'indagine, il Collegio di Direzione risulta svolgere. In particolare, il contributo del Collegio di Direzione risulta più significativo rispettivamente nelle seguenti attività direzionali:

- formulazione delle strategie aziendali;
- coordinamento delle attività dei dipartimenti;
- definizione dell'assetto organizzativo e delle politiche di gestione del personale;
- definizione delle politiche di qualità aziendali;

- analisi delle performance aziendali e controllo direzionale;
- definizione delle linee guida del budget.

In sintesi, i dati presentati nel paragrafo precedente sembrano dunque smentire, almeno in parte, i timori espressi da letteratura e *opinion leader*. L'introduzione dei dipartimenti non resta solo "sulla carta"; alcune delle condizioni ritenute necessarie per il successo del modello dipartimentale (ad esempio legittimazione dei responsabili di dipartimento da parte della Direzione Generale) sembrano trovare positivo riscontro nella realtà.

Inevitabilmente, però, la *survey* ha evidenziato anche degli elementi di criticità. Una prima, rilevante area di criticità riguarda le caratteristiche dei processi decisionali. Qui l'autonomia del responsabile di dipartimento appare spesso «schiacciata» tra prerogative della Direzione Generale, del comitato di dipartimento e dei responsabili di unità operativa.

Dal punto di vista strutturale, al responsabile di dipartimento viene generalmente affiancato un comitato di dipartimento, come peraltro previsto dalla normativa nazionale ("La regione disciplina la composizione e le funzioni del comitato di dipartimento", art. 17-bis Dlgs 502/92 s.m.i.). Nella *survey*, in particolare, il comitato di dipartimento è risultato presente in tutti i dipartimenti istituiti dall'azienda (81% delle aziende), o almeno in alcuni (un ulteriore 11% delle aziende). L'autonomia del responsabile di dipartimento ne risulta inevitabilmente limitata anche se, ovviamente, l'effettiva distribuzione dei poteri tra responsabile e comitato dipende dal vario combinarsi di disposizioni regionali, regolamenti aziendali ed elementi informali.

Limitando ora l'analisi alle sole aziende che presentano comitati di dipartimento, un tema rilevante è rappresentato dalla composizione dei comitati stessi. La composizione che emerge dall'analisi rispecchia generalmente una funzione di rappresentanza dei contributi e delle istanze dei diversi *stakeholder* interni al dipartimento. Vi partecipano infatti: sempre, i responsabili delle unità operative; solitamente (84%), i rappresentanti del personale sanitario non medico; spesso (51%), anche i responsabili di moduli funzionali e/o organizzativi. In termini di contenuto, il comitato di dipartimento svolge un ruolo particolarmente critico con riferimento all'utilizzo delle risorse assegnate specificamente al dipartimento stesso (es. beni di consumo; attrezzature ed altri beni di investimento; personale; spazi) e alle politiche relative alle sperimentazioni cliniche.

Per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse assegnate specificamente al dipartimento, il responsabile del dipartimento stesso agisce in piena autonomia solo nel 15% delle aziende. Generalmente deve invece condividere questa responsabilità con il comitato (40%), con il Direttore Generale (29%), o con entrambi (4%). In rari casi, addirittura, la responsabilità è totalmente sottratta al responsabile di dipartimento e affidata al Direttore Generale (5%) o ad altri soggetti.

A livello nazionale, le politiche relative alle sperimentazioni cliniche presentano una situazione analoga: piena autonomia del responsabile di dipartimento solo nel 13% dei casi e frequente condivisione della responsabilità con il comitato (37%). L'intervento del Direttore Generale è però molto più raro. D'altra parte si evidenzia il ruolo di altri soggetti: nel 35% delle aziende le politiche relative alle sperimentazioni cliniche sono interamente affidate a soggetti diversi da Direttore Generale, responsabile di dipartimento e comitato di dipartimento.

Il ruolo del Direttore Generale emerge invece con forza rispetto alla retribuzione di risultato e allo sviluppo professionale dei responsabili delle unità operative afferenti al dipartimento. Rispetto alla retribuzione di risultato, il Direttore Generale decide in piena autonomia nel 27% dei casi e in collaborazione con il responsabile di dipartimento nel 42% dei casi. In un altro 16% dei casi, il tema è interamente affidato ad altri soggetti. Ancora una volta, quindi, le aziende che attribuiscono piena autonomia al responsabile di dipartimento sono piuttosto rare (8%).

Lo sviluppo professionale dei responsabili delle unità operative afferenti al dipartimento presenta una situazione analoga. A livello nazionale, il Direttore Generale decide in piena autonomia nel

12% dei casi e in collaborazione con il responsabile di dipartimento nel 53% dei casi. In un altro 18%, il responsabile di dipartimento condivide la responsabilità con il comitato, e solo nel 7% delle aziende può decidere in piena autonomia.

In conclusione, malgrado la maggior parte dei dipartimenti sia configurata come “strutturale” e “forte”, le funzioni attribuite al responsabile sembrano spesso più coerenti con il modello funzionale. Il suo ruolo, infatti, sembra non avere una forte connotazione gerarchica e gestionale, ma caratterizzarsi piuttosto come *primus inter pares*, facilitatore, coordinatore.

A questo riguardo, la *survey* conferma il frequente (74%) utilizzo, da parte del responsabile di dipartimento, degli strumenti di coordinamento clinico (es. conferenza clinica settimanale, audit clinico, elaborazione di percorsi diagnostico-terapeutici). Evidenzia inoltre che, a seguito dell'introduzione dei dipartimenti, la gestione dei progetti di Educazione Continua in Medicina è stata parzialmente decentrata a livello di dipartimento, attraverso la costituzione di una apposita unità di staff (40%), oppure affidandola ad una persona fisica (21%).

L'analisi sinora svolta ha messo in luce che il processo di dipartimentalizzazione, ancorché certamente non compiuto, presenta comunque uno sviluppo sostanziale almeno per quanto concerne la responsabilizzazione attribuita agli attori organizzativi e le caratteristiche del processo decisionale a livello dipartimentale. Ciò nonostante, dall'indagine emergono significativi elementi di criticità a dimostrazione del fatto che la “profondità” del cambiamento generato dall'introduzione dei dipartimenti non è ancora completa. In sintesi, questi elementi sono:

- la tendenza ad adottare regolamenti uguali per tutti i dipartimenti;
- il ruolo dei responsabili di dipartimento quale livello di management intermedio tra l'alta direzione e i professionisti;
- la localizzazione delle funzioni di staff.

Per quanto concerne il primo aspetto, dall'indagine risulta che nel 56% delle aziende i regolamenti di dipartimento sono sostanzialmente uguali per tutti i dipartimenti istituiti. Questa evidenza induce a sospettare che l'introduzione del regolamento rappresenti una esigenza di natura formale, anziché la risposta alla necessità sostanziale di regolamentare il funzionamento dell'organizzazione.

Un secondo elemento di preoccupazione è dato dal ruolo dei responsabili di dipartimento, che non sembrano svolgere appieno la funzione di raccordo sostanziale tra l'alta direzione e i professionisti. Questa osservazione deriva da due importanti risultati dell'indagine:

- in primo luogo risulta che, in seguito all'introduzione dei dipartimenti, la frequenza dei contatti tra il direttore generale e i responsabili delle unità operative si è ridotta solo nel 31% dei casi, è rimasta inalterata nel 57% delle risposte ed è addirittura aumentata nel 12% delle aziende;
- in secondo luogo, il ruolo del responsabile di dipartimento nel processo di budgeting non è risultato essere sempre rilevante, in quanto: solo nel 47% delle aziende negozia con le proprie unità operative i budget ad esse relativi e con la direzione generale il budget complessivo del dipartimento; nel 40% di casi agevola la negoziazione tra le unità operative e la direzione generale; nel 10% delle risposte non svolge alcun ruolo e nel restante 4% svolge ruoli residuali.

Infine, le funzioni di staff rimangono prevalentemente accentrate a livello aziendale a dimostrazione del fatto che il dipartimento non ha ancora assunto la funzione sostanziale di unità di gestione di risorse specifiche. Questo vale in particolare per le attività di controllo di gestione (73% delle aziende), per la gestione dei sistemi informativi (70% delle aziende) e per la gestione degli approvvigionamenti di farmaci e materiale sanitario (54% delle aziende). Solamente le attività di gestione del personale sanitario non medico e dei progetti di Educazione Continua in Medicina vengono parzialmente decentrate a livello dipartimentale, o affidandole ad una persona fisica (rispettivamente

nel 38% e nel 20% delle aziende) o delegandole ad una unità di staff (rispettivamente nel 32% e nel 40% delle aziende).

Ad una analisi più puntuale di questi fattori di criticità si evidenzia, inoltre, che:

- non emergono significative differenziazioni su base geografica, ovvero questi fattori presentano criticità analoga in tutta la Penisola; l'unica eccezione rilevante riguarda il Centro Italia con riferimento al ruolo attivo esercitato dal responsabile di dipartimento nel processo di budgeting, che nel 67% delle aziende negozia con le proprie unità operative i budget ad esse relativi e con la direzione generale il budget complessivo del dipartimento, mentre nel restante 33% delle aziende agevola la negoziazione tra le unità operative e la direzione generale;
- in modo analogo, questi fattori non assumono rilevanti specificità in relazione alla dimensione aziendale; l'unica eccezione è anche in questo caso offerta dal ruolo esercitato dal responsabile di dipartimento nel processo di budgeting, che risulta più attivo nelle aziende di maggiori dimensioni, ove si osserva che il responsabile di dipartimento nel 62% delle aziende negozia con le proprie unità operative i budget ad esse relativi e con la direzione generale il budget complessivo del dipartimento, mentre nel 33% delle aziende agevola la negoziazione tra le unità operative e la direzione generale;
- infine, per quanto concerne la differenziazione per tipologia di azienda sanitaria si osserva che le aziende ospedaliere presentano maggiori criticità rispetto alle ASL in termini di uniformità dei regolamenti di dipartimento (il 66% delle adotta regolamenti di dipartimento uniformi, rispetto al 42% delle ASL), di frequenza delle relazioni tra direzione generale e responsabili delle unità operative (in seguito alla introduzione dei dipartimenti, la frequenza di queste relazioni si è ridotta nel 29% delle aziende ospedaliere e nel 35% delle ASL). Non emergono, viceversa, rilevanti differenziazioni per quanto concerne il ruolo esercitato dal responsabile di dipartimento nel processo di budgeting e di posizionamento delle unità di staff a livello azienda e/dipartimentale.

6. QUALI SONO I MODELLI EMERGENTI?

L'eterogeneità che caratterizza il Servizio Sanitario Nazionale, in termini geografici, culturali e di differenziazione delle forme organizzative e istituzionali delle strutture ospedaliere ha indotto il gruppo a lavoro di verificare l'esistenza di processi di isomorfismo nell'ambito delle scelte di strutturazione. Soprattutto in settori fortemente istituzionalizzati⁶, i rischi/opportunità di comportamenti manageriali tendenti al mimetismo sono particolarmente forti con la conseguente possibilità che il settore tenda verso l'isomorfismo strutturale⁷.

Da un punto di vista più propriamente operativo e tecnico ci si è chiesti se il dipartimento, nel Servizio Sanitario Nazionale, fosse inteso solo nella sua natura "tecnica" di strumento di coordinamento clinico o come una soluzione organizzativa "generalista" adatta, cioè, anche al coordinamento di attività amministrative o tecniche.

Alla domanda relativa alle tipologie di dipartimenti esistenti (Quali tipologie di dipartimenti sono stati istituiti nella sua azienda - clinici/amministrativi-?), con una certa sorpresa abbiamo rilevato l'esistenza di un numero significativo di aziende sanitarie (43% del totale) che concepiscono il dipartimento come uno strumento organizzativo generalista adatto al coordinamento di attività sia cliniche che di natura amministrativo tecnica.

⁶ SCOTT, W.R., MEYER, J. 1983. *Organizational environments: ritual and rationality* Beverly Hills, CA. Sage.

⁷ DI MAGGIO, P., POWELL, W. 1983. The iron cage revisited: istituzional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, 48: 147-160.

Alla ricerca delle “forme” di questo cambiamento e, quindi, dei possibili modelli organizzativi emergenti, abbiamo posto attenzione sulle scelte operate dalle aziende rispetto all’ampiezza e all’estensione del cambiamento organizzativo. Nella realtà del servizio sanitario nazionale, le notizie aneddotiche riportano situazioni nelle quali tutte le unità operative cliniche sono coinvolte nelle strutture dipartimentali che si contrappongono con realtà nelle quali dipartimenti, divisioni e servizi convivono in forme organizzative ibride.

I dati mostrano che oltre il 40 % delle strutture rispondenti hanno adottato un approccio “esteso” nella gestione del cambiamento assegnando una elevata percentuale di unità operative (tra il 75 e il 100%) alle strutture dipartimentali costituite. Nonostante ciò, sorprende il dato che comunque mostra aziende con una struttura organizzativa nella quale il ruolo del dipartimento è “marginale” ancorché presente. Il 15% delle aziende, infatti, hanno solo il 25% delle unità operative assegnate ai dipartimenti attivati. Evidentemente questi dati vanno letti alla luce di alcune precauzioni:

- in alcuni casi infatti, il limitato numero di unità operative cliniche presenti nei dipartimenti, è da correlare ad una strutturazione dipartimentale ancora in fieri; ulteriori approfondimenti sono necessari per verificare questa ipotesi;
- alcune tipologie istituzionali, come gli Irccs, per la loro natura specialistica possono essere più facilmente portati ad adottare forme organizzative “ibride”.

Alcune differenze sono state anche individuate in relazione alla diversa “natura” del dipartimento nell’ambito dell’organizzazione. Due sono le ipotesi che la letteratura specialistica pone a confronto: quella del dipartimento “strutturale”, caratterizzata dall’appartenenza di ogni unità operativa ad un solo dipartimento; quella del dipartimento inteso solo in termini “funzionali” come aggregazione temporanea di unità operative. Nel primo caso, l’architettura organizzativa è direttamente orientata a creare una vera e propria struttura gerarchica nell’ambito delle attività cliniche. Si assiste alla creazione di un nuovo livello di decisione che si infrapone tra quello dell’unità operativa e quello direzionale generale.

Questa soluzione appare essere quella ampiamente adottata nell’ambito del servizio sanitario nazionale. In oltre il 70% delle aziende le unità operative appartengono ad un unico dipartimento nella stragrande maggioranza dei casi (tra il 75 e il 100%). Evidentemente questa scelta appare in qualche modo forzata se si intendono utilizzare, oltre agli strumenti di coordinamento clinico (come i protocolli diagnostico terapeutici) e di controllo interno della qualità (es. *medical audit*) anche forme di programmazione e controllo economico-finanziario.

Questi risultati mostrano l’evidenza di alcune linee di tendenza: il dipartimento è percepito come uno strumento di coordinamento organizzativo ma anche come un vero e proprio “livello gerarchico” con responsabilità di programmazione e controllo. Ciò si realizza indistintamente nell’area clinica e in quella amministrativa. Raramente, inoltre, più forme organizzative (tradizionale e dipartimentale) convivono nella stessa azienda.

Le indicazioni provenienti dall’indagine solo in parte sono coerenti con le indicazioni degli *opinion leader* che sconfessano l’emergere di un modello e quindi la possibilità un isomorfismo strutturale latente. Gli *opinion leader* indicavano, infatti, numerosi modelli di riferimento: dai modelli strutturali a quelli funzionali, da quelli matriciali a quelli gestionali, da quelli trasversali a quelli che prevedono un’integrazione tra strutture private e pubbliche, ma nessuno dominante.

Le indicazioni degli *opinion leader* e i risultati dell’indagine sembrano non avvalorare la tesi “istituzionalista” dell’esistenza di una tendenza verso un isomorfismo strutturale: al contrario sembra confermata la propensione delle aziende italiane ad ispirarsi a principi “contingenti” piuttosto che a modelli organizzativi di riferimento o “ideali”.

7. COME VIENE GESTITO IL PROCESSO DI CAMBIAMENTO?

Intervenendo sui principi fondanti dell'organizzazione, l'adozione di un modello dipartimentale rappresenta (o dovrebbe rappresentare) per le aziende sanitarie un momento di cambiamento radicale. È ormai ampiamente dimostrato⁸ (in letteratura e nella prassi aziendale) che la capacità delle organizzazioni complesse di interiorizzare e di rendersi artefici del cambiamento dipende non solo dalla natura del "salto di paradigma" loro richiesto (nel caso di specie: ripensare il proprio assetto organizzativo "migrando" verso un modello dipartimentale) bensì anche (e soprattutto) dal "come" questo processo di cambiamento viene pensato, comunicato, perseguito e realizzato all'interno dell'organizzazione.

A motivo di ciò, è sembrato utile inserire nel questionario alcune domande orientate a comprendere le modalità secondo le quali questo processo di cambiamento è stato "guidato" e realizzato nell'ambito delle aziende sanitarie italiane. In particolare, si è ritenuto opportuno raccogliere le valutazioni degli estensori del questionario in merito a:

- la velocità del processo di cambiamento;
- il coinvolgimento dei dirigenti medici;
- lo stile di direzione adottato.

L'analisi dei dati resi disponibili dalla *survey* consente di osservare che, in termini generali, sia i tempi che i modi seguiti per realizzare il processo di dipartimentalizzazione hanno seguito una logica del tutto "contingente". In generale i dipartimenti sono stati introdotti nelle aziende:

- sia in modo progressivo ed incrementale che in modo radicale; in particolare il 52% delle aziende oggetto di analisi ha privilegiato un approccio graduale (attivando inizialmente ad esempio, solo alcuni dipartimenti "pilota") mentre il restante 48% ha adottato un approccio radicale che ha visto coinvolte immediatamente tutte le unità operative;
- sia con che senza il coinvolgimento dei dirigenti medici; il ruolo dei dirigenti medici è stato infatti percepito come fondamentale per il buon esito della dipartimentalizzazione da parte del 49% delle aziende osservate; nel restante 51% delle aziende che hanno risposto al questionario il coinvolgimento dei dirigenti medici è stato giudicato modesto e "a macchie di leopardo".

Questi dati di sintesi si prestano a due differenti ordini di interpretazioni. Da un lato, non sembra esistere un approccio "prevalente" alla gestione del processo di cambiamento determinato dallo sviluppo di un modello di organizzazione dipartimentale. Dall'altro, non sembra che le aziende sanitarie italiane abbiano "pianificato" o scelto in maniera consapevole le modalità secondo le quali introdurre nel proprio contesto organizzativo un cambiamento di assoluto rilievo come quello legato all'introduzione dei dipartimenti e si siano viceversa accostate al problema in maniera "improvvisata".

Meno incertezze sembrano invece esistere sulla necessità di affrontare il processo di cambiamento legato all'introduzione dei dipartimenti con uno stile di direzione partecipativo. Anche se occorre prestare attenzione al fatto che i dati utilizzati esprimono il punto di vista del vertice aziendale e potrebbero, di conseguenza, risentire di una certa "parzialità", si può osservare che il processo di cambiamento è stato generalmente ispirato da un approccio partecipativo:

- sia da parte della direzione: il 77% delle aziende giudica come partecipativo lo stile di direzione seguito dal vertice aziendale nel processo di introduzione dei dipartimenti;

⁸ Cfr. KOTTER J. P., *Leading change*, Harvard Business School Press, 1996.

- sia da parte dei responsabili di dipartimento: solo 13% delle aziende analizzate qualifica come autoritario lo stile di direzione privilegiato dai responsabili di dipartimento nella gestione del rapporto con i responsabili delle differenti unità operative.

8. QUALI FATTORI DI RESISTENZA/AGEVOLANTI?

La natura professionale delle organizzazioni sanitarie rende, in genere, particolarmente problematico ogni processo di cambiamento organizzativo. L'autonomia che caratterizza i professionisti, derivante dalla loro diretta responsabilità, legale ed etica, nei confronti dei singoli pazienti, crea le condizioni per l'inefficacia dei tipici strumenti di gestione del cambiamento nelle organizzazioni⁹.

Sotto questo profilo, nelle aziende sanitarie pubbliche, il fenomeno dell'inerzia, riconosciuto in tutte le organizzazioni come fattore scatenante i processi ecologico-selettivi¹⁰, appare rafforzarsi.

L'evoluzione in senso dipartimentale delle aziende sanitarie non è percepito, nel mondo della medicina italiana, come un semplice mutamento di assetto organizzativo. Il dipartimento è spesso percepito come un altare sul quale sacrificare porzioni importanti dell'autonomia e della discrezionalità professionale in nome di obiettivi spesso non completamente compresi o condivisi in senso generale.

Le interviste realizzate con gli *opinion leader*, nella prima fase del lavoro, sembrano avvalorare questa ipotesi. Tutti, infatti, avevano individuato nella difesa dell'autonomia professionale da parte dei medici uno dei principali motivi ostativi all'evoluzione del processo di dipartimentalizzazione. Allo stesso tempo veniva sottolineata la rilevanza di altri fattori di ostacolo proprio nelle resistenze dell'area amministrativa dell'azienda sanitaria per il rischio di perdita di poteri di natura gestionale per effetto della distribuzione di crescenti responsabilità presso i livelli dipartimentali. Un ruolo comunque importante nell'ostacolare il processo di cambiamento è giocato dalle scarse capacità manageriali nella gestione dei cambiamenti e nella più generale mancanza di cultura organizzativa e manageriale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale.

I dati derivanti dall'indagine nazionale, per la verità non sembrano confermare le ipotesi implicite nella letteratura e nella pratica del Ssn espressa dalle indicazioni degli *opinion leader* se non per l'ultimo aspetto ricordato.

Il 63% dei rispondenti, infatti, ritengono che la carenza di cultura manageriale possa rappresentare un fattore ostacolante (molto o abbastanza) la diffusione del modello dipartimentale. Meno della metà dei rispondenti (44%), invece, ritiene che si possa addebitare l'inerzia organizzativa ad una azione di ostacolo promossa da parte dei responsabili delle unità operative. E non sono neanche gli altri medici, a parere degli intervistati ad ostacolare il processo: solo il 24% sono molto o abbastanza d'accordo con l'affermazione che gli altri medici possano giocare un ruolo "frenante" nella dipartimentalizzazione.

Analizzando, invece, il problema da altra prospettiva sembra che ci siano idee più chiare (o comunque più omogenee nell'ambito del campione) riguardo ai fattori che non sono ritenuti per nulla o poco "frenanti" il cambiamento organizzativo. Poco più del 10% degli intervistati, infatti, punta il dito sulla mancanza di leadership del management o su un'azione di ostacolo giocata da parte della componente amministrativa.

I dati, in termini sintetici, sembrano mostrare l'esistenza di una consapevolezza diffusa intorno ai fattori che certamente non sono da considerarsi ostativi (leadership del management, la componente amministrativa, la presenza di incentivi economici). Non emerge, invece, con altrettanta chia-

⁹ FREIDSON, E. *Professionalism Reborn: Theory Profecy and Policy*, The University of Chicago Press, Chicago, IL. 1994.

¹⁰ HANNAN, M., FREEMAN, J. The population ecology of organizations, *American Journal of Sociology*, 82: 929-964. 1977.

rezza, l'esistenza di una conoscenza dei veri fattori ostativi il cambiamento verso il modello dipartimentale.

Solo la mancanza di cultura manageriale sembra emergere con una certa chiarezza come fattore di criticità.

Anche in considerazione delle posizioni organizzative ricoperte dai rispondenti (in genere dirigenti nell'ambito della direzione generale o delle direzioni sanitarie), è possibile individuare proprio in questa mancanza di consapevolezza degli elementi "ostacolanti" un fattore di criticità.

Appare infatti di per sé critico avviare un cambiamento senza conoscere i fattori su cui intervenire per favorire questo processo o per eliminare gli elementi che possono ostacolarlo. Questo sembrerebbe denunciare una mancanza di consapevolezza dei problemi e di conoscenza della situazione organizzativa di partenza da parte di coloro che ricoprono comunque posizioni direzionali.

9. QUALI RISULTATI?

Le "speranze" riposte nello sviluppo di un modello di organizzazione dipartimentale sono, fino ad ora, parzialmente disattese. Le aziende coinvolte nella *survey* manifestano una certa insoddisfazione riguardo ai risultati concretamente ottenuti nel (faticoso) processo di introduzione dei dipartimenti.

In termini generali, si può notare come i dipartimenti sino ad oggi sviluppati nelle aziende sanitarie abbiano dato risultati inferiori alle aspettative. In particolare, le difficoltà più consistenti si incontrano proprio là dove erano state riposte le maggiori aspettative ovvero sulla presunta capacità della soluzione dipartimentale di assicurare una razionalizzazione delle risorse disponibili e di elevare il livello delle performance di tipo clinico. L'unico caso in cui il giudizio degli intervistati propende per un "bilancio" positivo è legato all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge. Un'interpretazione un po' *trancheant* di questo dato porterebbe a concludere che, nelle aziende sanitarie italiane, l'introduzione dei dipartimenti è principalmente servita a rispettare gli obblighi "imposti" dalla normativa.

È opportuno tuttavia sottolineare che i dati raccolti debbono essere interpretati con una certa cautela. Da un lato, infatti, pare velleitario ritenere che i dipartimenti introdotti nelle aziende sanitarie italiane, ancora in una fase di sviluppo "embrionale", possano produrre risultati di assoluto rilievo. Più sensato sembra in effetti ritenere che la "bontà" del modello dipartimentale possa essere correttamente apprezzata solamente nel medio-lungo periodo. Dall'altro, non va dimenticato che i dati raccolti esprimono il punto di vista del vertice aziendale ovvero del principale artefice di questo processo di cambiamento; è inutile osservare che il giudizio del vertice aziendale sui risultati ottenuti "in prima persona" può risentire di margini di soggettività non trascurabili.

Una lettura "assoluta" (che, in altri termini, "neutralizza" le aspettative degli intervistati) dei giudizi espressi dagli intervistati sulla "bontà" dei risultati ottenuti grazie all'introduzione dei dipartimenti permette di osservare che:

- sino ad ora i dipartimenti si sono rivelati uno strumento efficace per dare una collocazione precisa al ruolo che la dirigenza medica può e deve svolgere nell'ambito di una struttura sanitaria che risponde ad una logica aziendale; sotto la "spinta" dei dipartimenti, insomma, sta finalmente prendendo corpo una sorta di *middle management* che, nell'ambito dell'organizzazione sanitaria, deve assolvere alla funzione fondamentale di raccordo tra vertice aziendale e professionisti;
- anche se lontani rispetto alle aspettative, i risultati raggiunti in termini di recupero di margini di efficienza e di miglioramento delle performance di tipo clinico sono comunque giudicati soddisfacenti da parte degli intervistati.

L'effettiva capacità dei dipartimenti di rappresentare un vero e proprio "punto di svolta" nell'organizzazione delle aziende sanitarie e, soprattutto, sulla loro reale attitudine a condizionare in maniera incisiva le performance aziendali è da molto tempo oggetto di dibattiti e di confronti che non sembrano avere sortito conclusioni definitive. Proprio a causa della criticità e dell'attualità del tema, si è ritenuto opportuno approfondire ulteriormente l'analisi dei dati raccolti nel tentativo di "incrociare" le risposte date in merito ai risultati effettivamente raggiunti grazie ai dipartimenti con quelle date ad altre domande inserite nel questionario. Questo lavoro di analisi è portato a concludere che:

- per potere sortire risultati apprezzabili l'introduzione dei dipartimenti deve essere completa ovvero deve portare ad un profondo ripensamento dell'assetto organizzativo aziendale; non è infatti sufficiente esaurire la dimensione squisitamente "formale" di questo processo deliberando l'istituzione dei dipartimenti e nominandone i responsabili;
- difficilmente i risultati attesi dall'introduzione dei dipartimenti potranno essere pienamente colti senza intraprendere un percorso di effettivo decentramento dei processi decisionali;
- l'impiego di strumenti di coordinamento clinico da parte del responsabile del dipartimento influenza in maniera considerevole il "successo" del modello dipartimentale;
- l'istituzione del Collegio di Direzione non sembra condizionare in maniera significativa i risultati ottenuti a seguito dell'introduzione dei dipartimenti; non esiste, infatti, una differenza sostanziale tra i risultati raggiunti dalle aziende che hanno inserito nel proprio assetto organizzativo questo organo di vertice e quelle che hanno agito altrimenti; verosimilmente si tratta di un ruolo che deve ancora trovare una collocazione precisa nell'ambito dei dipartimenti sino ad oggi sviluppati nelle aziende italiane e che, quindi, presenta un potenziale ancora "inesplorato";
- i risultati ottenuti dal modello dipartimentale dipendono in maniera rilevante dal sistema di responsabilità costruito all'interno dei singoli dipartimenti; particolarmente critica, a questo riguardo, è la responsabilità attribuita ai responsabili delle unità operative;
- il modello dipartimentale non può essere "sganciato" dal processo di budgeting; le aziende che, per motivi di varia natura, non hanno ancora assegnato un ruolo di rilievo al responsabile di dipartimento nel processo di budgeting non hanno ancora visto "decollare" le performance dei propri dipartimenti; di contro, sia le aziende che hanno privilegiato, per il responsabile di dipartimento, un ruolo di facilitatore delle negoziazioni tra direzione e unità operative sia quelle che hanno identificato nel responsabile di dipartimento il "baricentro" del processo di budgeting a livello dipartimentale stanno ottenendo risultati egualmente soddisfacenti;
- la "velocità" del processo di introduzione dei dipartimenti non presenta una relazione stringente con i risultati ottenuti a seguito di questo processo di cambiamento; sia le aziende che hanno privilegiato un'introduzione progressiva e graduale dei propri dipartimenti sia quelle che hanno optato per un approccio più radicale hanno infatti conseguito risultati sostanzialmente analoghi;
- cruciale, viceversa, si rivela il coinvolgimento dei dirigenti medici nel processo di sviluppo dei dipartimenti aziendali; i dati raccolti, infatti, dimostrano chiaramente un significativo differenziale in termini di risultati raggiunti tra le aziende che hanno cercato di coinvolgere in maniera sistematica e pervasiva la dirigenza medica in questo complesso processo di cambiamento e le aziende che hanno preferito gestire "dall'alto" l'evoluzione verso un modello di organizzazione dipartimentale;
- lo stile di direzione che si rivela più efficace nell'introduzione dei dipartimenti è senz'altro partecipativo;

- non necessariamente la valorizzazione del potenziale che i dipartimenti possono offrire “passa” attraverso il decentramento di alcune attività gestionali a livello dipartimentale; le aziende coinvolte nella *survey*, infatti, hanno scelto strade diverse di fronte all’alternativa di accentrare a livello aziendale o piuttosto decentrare a livello dipartimentale attività quali il controllo di gestione, la gestione del personale non medico, la gestione degli approvvigionamenti di farmaci e di materiale sanitario, la gestione dei sistemi informativi, la gestione dei progetti di ECM, ecc.; in ogni caso i risultati raggiunti nell’uno e nell’altro caso non presentano elementi di differenziazione di rilievo.

10. CONCLUSIONS

To sum up, the main results of the survey are that:

- even though the divisional model is a multi-purpose organizational tool, it has mostly been introduced to improve efficiency and clinical performances;
- the divisional model is fairly widespread (78% of the responding organizations have established at least one division, and 70% of them have aggregated all their clinical departments into divisions);
- the divisional model has had a real impact, eg in terms of greater decentralization and accountability. At the same time, the change process is far from complete, and some major issues (eg the role of divisional managers in the budgeting process, and as an interface between the General Manager and the individual units within the division) still have to be solved;
- the results have been generally positive, but not as much so as expected;
- the results vary significantly across organizations depending on such internal conditions and choices as a deep organizational re-design, a real decentralization, an effective budgeting process, a careful management of change.