Ministero della Salute

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore

I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Origini, evoluzione, prospettive

a cura di
Americo Cicchetti

Prefazione di Francesco Bevere
Presentazione di Elio Guzzanti

FRANCOANGELI/Sanità

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati
possono consultare il nostro sito Internet: *www.francoangeli.it* e iscriversi nella home page
al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE

Origini, evoluzione, prospettive

a cura di
Americo Cicchetti

Prefazione di Francesco Bevere
Presentazione di Elio Guzzanti

FrancoAngeli

In copertina: Mikhail Larionov, *Luci nella strada*, 1912
(particolare)

Copyright © 2012 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione, di *Francesco Bevere* Pag. 9

Presentazione, di *Elio Guzzanti* » 11

Introduzione, di *Americo Cicchetti* » 34

1. Gli assetti organizzativi per l'assistenza sanitaria: modelli, soluzioni e forme istituzionali nel Ssn » 39
1.1. Gli assetti organizzativi in campo sanitario » 39
1.2. Elementi che costituiscono una organizzazione sanitaria » 40
1.3. La complessità delle organizzazioni sanitarie » 42
1.4. L'organizzazione dell'assistenza e le sue complessità » 44
1.5. Le strutture formali per gli ospedali » 48
1.6. I modelli organizzativi nel Ssn » 62
1.7. Conclusioni » 70

2. L'evoluzione del modello organizzativo dipartimentale nella normativa nazionale » 74
2.1. Introduzione » 74
2.2. Evoluzione della pratica medica ed esigenze di coordinamento: la nascita del modello dipartimentale » 75
2.3. Origini dell'adozione del modello dipartimentale nel Ssn » 77
2.4. L'evoluzione della normativa fino alle riforme degli anni '90 » 80
2.5. Il dipartimento nel D.Lgs. n. 502/1992 » 84
2.6. L'evoluzione normativa nel D.Lgs n. 229/99 » 85
2.7. Le normative regionali » 86
2.8. Conclusioni » 89

3. Il modello dipartimentale nella letteratura internazionale: obiettivi, elementi progettuali, efficacia » 91
3.1. Introduzione » 91
3.2. Razionale e obiettivi per l'adozione del dipartimento » 93
3.3. Efficacia del modello dipartimentale » 96
3.4. Cambiamento organizzativo, competenze e professionalità » 99
3.5. Grado di diffusione del modello dipartimentale: cenni e rinvio » 102
3.6. Conclusioni » 102

4. Dipartimenti e governo clinico in una prospettiva organizzativa e gestionale » 104
4.1. Il Governo Clinico: una prospettiva sistemica » 104
4.2. La prospettiva strategica nella progettazione dei Dipartimenti » 107
4.3. La prospettiva organizzativa » 110
4.4. La prospettiva gestionale » 111
4.5. Competenze cliniche, manageriali e di leadership » 113
4.6. Conclusioni » 114

5. La diffusione del modello organizzativo dipartimentale. Risultati e interpretazioni delle evidenze emergenti dalla *survey* nazionale del 2005 » 116
5.1. Introduzione » 116
5.2. Indagini storiche sul modello dipartimentale » 117
5.3. Il modello organizzativo dipartimentale nel Ssn: risultati dell'indagine nazionale del 2005 » 119
5.4. Obiettivi e schema analitico della ricerca » 119
5.5. Risultati analisi descrittive » 122
5.6. Pressioni istituzionali e cambiamento organizzativo: come interpretare la diffusione del modello dipartimentale? » 129
5.7. Il fenomeno del *decoupling* nel settore sanitario: un'analisi empirica del modello dipartimentale » 136
5.8. Conclusioni » 142

6. I modelli organizzativi dipartimentali nel Ssn: risultati dell'indagine 2008-2010 » 144
6.1. Introduzione » 144
6.2. Inquadramento teorico » 146
6.3. Metodo di lavoro e caratteristiche del campione » 151
6.4. Risultati dell'indagine » 160
6.5. Diffusione e qualità delle linee guida e dei protocolli diagnostico terapeutici nei dipartimenti ospedalieri » 174

6.6. Conclusioni » 183

7. Soddisfazione lavorativa e modelli dipartimentali: risultati dell'indagine empirica 2008-2010 » 186
7.1. Introduzione » 186
7.2. Cambiamento organizzativo e soddisfazione lavorativa » 189
7.3. Soddisfazione lavorativa e performance nel settore sanitario » 191
7.4. L'introduzione del modello dipartimentale: implicazioni per il personale » 192
7.5. Presentazione dei risultati » 196
7.6. Conclusioni » 205

8. Il modello organizzativo dipartimentale nell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena » 206
8.1. Guida metodologica alla interpretazione del case study » 206
8.2. Il contesto organizzativo » 207
8.3. L'implementazione del modello organizzativo dipartimentale e le sue caratteristiche » 209
8.4. Il Dipartimento integrato di Chirurgia generale e specialità chirurgiche » 210
8.5. Il Dipartimento Integrato di Medicina e Specialità Mediche » 216
8.6. Il Dipartimento Integrato dei Servizi Diagnostici e per Immagine » 220
8.7. Confronto interdipartimentale » 224
8.8. Il Nucleo Direzionale di Dipartimento » 227

9. Il *medical management* tra orientamenti e percezioni: evidenze empiriche dai dipartimenti ospedalieri italiani » 229
9.1. Introduzione » 229
9.2. Il *medical management*: una revisione del dibattito in corso » 229
9.3. Orientamento manageriale e percezioni dei medici rispetto al lavoro gestionale: la ricerca empirica » 236
9.4. Conclusioni » 250

10. L'impatto dei criteri di progettazione organizzativa sulle *performance* dipartimentali » 252
10.1. Contesto di riferimento dell'analisi della performance » 252
10.2. La valutazione delle *performance* nelle organizzazioni sanitarie » 253
10.3. Metodologia » 258
10.4. Risultati » 264
10.5. Discussione » 272

11. La progettazione organizzativa dei dipartimenti ospedalieri nella prospettiva del governo clinico: le lezioni apprese » 274
11.1. Introduzione » 274
11.2. Le sfide organizzative nelle aziende sanitarie » 275
11.3. Le fonti della "regolazione organizzativa": gli attori coinvolti nella progettazione » 275
11.4. Le fasi del processo di progettazione dipartimentale » 278
11.5. La determinazione del quadro progettuale » 281
11.6. Il Disegno del modello » 285
11.7. I criteri di dipartimentalizzazione » 286
11.8. Il grado di dipartimentalizzazione (decentramento) » 290
11.9. L'assetto interno e le posizioni organizzative » 294
11.10. Meccanismi non gerarchici per il coordinamento: integrazione e standardizzazione » 299
11.11. Il dipartimento nell'assetto aziendale » 310
11.12. Conclusioni. » 313

12. Conclusioni » 316
12.1. Una sintesi dei risultati » 316
12.2. Quali implicazioni per la politica sanitaria? » 321

Ringraziamenti » 323

Bibliografia » 325

Autori » 339

Prefazione

di Francesco Bevere[*]

> *Se un tempo il fattore decisivo della produzione era la terra e più tardi il capitale, inteso come massa di macchinari e di beni strumentali, oggi il fattore decisivo è sempre più l'uomo stesso, e cioè la sua capacità di conoscenza che viene in luce mediante il sapere scientifico, la sua capacità di organizzazione solidale, la sua capacità di intuire e soddisfare il bisogno dell'altro.*
> *Giovanni Paolo II;* Centesimus Annus, n. 32

Il sistema sanitario del nostro Paese si colloca sicuramente tra i sistemi più complessi da comprendere e governare, anche in ragione della sua continua evoluzione. L'invecchiamento della popolazione, le innovazioni tecnologiche, i nuovi farmaci, la genomica, il consumerismo e il commercio elettronico costituiscono, ancora oggi, le principali leve del cambiamento in sanità.

Ognuna di queste leve viene interpretata e resa operativa, con modalità diverse, a seconda della regione nella quale viene implementata. Ogni regione si considera *unica*, così come da ogni regione è ritenuto unico, peculiare e differente rispetto a ogni altro il proprio sistema sanitario, spesso orientato dal modello culturale e dalle abitudini dei cittadini.

I sistemi sanitari dei prossimi decenni, invece, dovranno essere caratterizzati proprio dalla capacità di integrazione tra i diversi modelli regionali, piuttosto che da ciò che fino a oggi li ha resi differenti. Una delle difficoltà ancora oggi tangibile è quella di ottenere che le varie componenti del sistema sanitario utilizzino lo stesso "linguaggio organizzativo". Più che mai il Servizio Sanitario Nazionale ha bisogno di regole, di modelli e di comportamenti certi, collaudati e soprattutto condivisi dagli attori principali del sistema.

Questa ricerca sui *"Dipartimenti Ospedalieri del SSN, origini, evoluzione e prospettive"*, rappresenta pienamente tutte queste esigenze, raccolte dal gruppo di lavoro facente capo al Prof. Americo Cicchetti. La ricerca nasce e si sviluppa all'interno del SiVeAS, struttura operativa afferente alla Direzione Generale della Programmazione sanitaria, istituita con decreto del Ministro della salute, con il compito, tra gli altri, di verificare che ai finanziamenti erogati corrispondano servizi adeguati per i cittadini e che nella erogazione dei servizi vengano rispettati criteri di efficienza e appropriatezza.

[*] Direttore Generale delle Programmazione, Ministero della Salute.

La sfida, infatti, è quella di individuare e perfezionare le precise correlazioni tra modelli di organizzazione del lavoro e risultati del sistema sanitario, in modo da fornire alle regioni strumenti omogenei e utili all'impostazione delle proprie politiche organizzative.

Il lavoro svolto è però molto più ampio.

Per la prima volta abbiamo a disposizione una notevole casistica di modelli organizzativi dipartimentali associati sistematicamente, corredata delle implicazioni che questi hanno generato in termini di soddisfazione dei professionisti e di performance generale. La disponibilità di questo ricco patrimonio di *case studies* rappresenta una base per la costruzione di un sistema di *"knowledge management"* in cui operatori, manager e dirigenti possano individuare soluzioni organizzative e modelli di riferimento utilizzabili laddove ci si trovi impegnati nella progettazione organizzativa o in processi di evoluzione e di rinnovamento dei modelli organizzativi in sanità.

A questo punto, diventa fondamentale rendere fruibili le esperienze maturate all'interno del Servizio Sanitario Nazionale in un'ottica interregionale, garantendo l'abbattimento di quelle barriere che troppo spesso limitano la cooperazione tra regioni e tra i diversi comparti del sistema.

Il complessivo patrimonio di competenze, esperienze e buone pratiche servirà a rafforzare e accelerare omogeneamente il processo di miglioramento continuo del sistema sull'intero territorio nazionale.

Una volta che è stato individuato questo "capitale di esperienze", dobbiamo avere la capacità di renderlo disponibile attraverso una capillare diffusione, come in questa occasione.

Il momento di trasformazione che sta attraversando il Servizio Sanitario Nazionale richiede proprio una metodologia di lavoro come quella sin qui descritta e approfondita, che sarà accolta con favore e successo da tutti gli operatori del sistema, sia con riguardo ai contenuti che alle modalità di condivisione e divulgazione.

Presentazione

di Elio Guzzanti

La richiesta ricevuta dal Prof. Americo Cicchetti di presentare una importante ricerca su "*I Dipartimenti ospedalieri nel Servizio Sanitario Nazionale: origini, evoluzione e prospettive*" è stata accolta da chi scrive per le ragioni di seguito esposte.

1. Rispetto a un argomento di tale rilevanza e crescente importanza, anche in molti altri Paesi avanzati, in Italia la Survey realizzata dal Ministero della Salute nel 2007 ha censito oltre 1800 strutture dipartimentali nell'ambito di 233 Aziende sanitarie (68% del totale), ma non appare chiaro se e quale grado di mutamento culturale e organizzativo sia stato raggiunto, in particolare rispetto al governo clinico.
2. Il SiVeAS, cioè il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, ha ritenuto, quindi, di commissionare la progettazione di un sistema di rilevazione in grado di monitorare l'evoluzione delle scelte organizzative fatte dalle aziende sanitarie in termini di istituzione dell'attività dei dipartimenti su tutto il territorio nazionale.
3. Si è ritenuto di realizzare tali finalità, in diverse fasi e con differenti ruoli, mediante gruppi di lavoro della Facoltà di Economia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore, sede di Roma (Prof. Americo Cicchetti), del gruppo del professor Walter Ricciardi, della Facoltà di Medicina dell'Università Cattolica di Roma, e del SiVeAS.
4. L'approccio prescelto, cioè costruire un database dettagliato su 66 strutture dipartimentali di 33 aziende in 12 Regioni italiane tra ASL, AO, AOU e IRCCS, prevedendo visite "on site", interviste a Direttori Generali (33) e a Direttori di Dipartimento (66) e la distribuzione di questionari a medici e infermieri (2534) per comprendere il reale impatto del cambiamento organizzativo indotto dalla dipartimentalizzazione.

Da un impegno durato tre anni, fortemente caratterizzato dalla letteratura di matrice organizzativa e dalla psicologia sociale, si conferma, intanto, che il dipartimento rappresenta il "cuore" di una organizzazione sanitaria, il luogo dove "le cose accadono" e dove si gioca la qualità del lavoro svolto e gli esiti del paziente,

ma deve essere considerato anche l'intero contesto ambientale e il quadro delle regole dettate dalle istituzioni pubbliche.

Dall'indagine condotta si ha l'impressione che molte aziende sanitarie abbiano istituito i dipartimenti proprio per aderire formalmente alle disposizioni istituzionali, non facendo però seguire alla forma la sostanza, cioè un nuovo ed effettivo approccio organizzativo.

In altri casi, invece, sperimentando un decentramento delle attività cliniche e gestionali, si è favorita sia l'integrazione dei processi, sia la riduzione della variabilità clinica, elementi importanti per una performance organizzativa non solo efficace ed efficiente, ma anche soddisfacente per la partecipazione e l'impegno del personale.

Come fattori favorenti tale evoluzione si citano come esempi rilevanti taluni processi di standardizzazione, a cominciare da Mintzberg (1978) che, a supporto del coordinamento delle attività, riteneva adottabili per gli ospedali:

– la standardizzazione delle norme culturali;
– la standardizzazione delle capacità e delle competenze;
– la standardizzazione dell'assistenza, degli *outputs*, e degli *outcomes*.

Appartiene al filone moderno della standardizzazione il protocollo diagnostico-terapeutico (PDT) o percorso del paziente (PdP), una sorta di "codice organizzativo" che è fondamentale per realizzare la gestione integrata del paziente, sia all'interno della struttura ospedaliera, sia all'atto della dimissione, nell'ambito dei servizi e delle strutture esistenti nelle diverse comunità territoriali.

In sintesi, si tratta di una ricerca importante che merita di essere letta per intero, anche se tuttora si oscilla tra un "dipartimento formale" e uno "sostanziale".

Considerata l'attualità del problema, che tocca anche la *Spending Review* attualmente in discussione, si è ritenuto di completare la presentazione della citata ricerca condotta sull'argomento in Italia nel corso del recente triennio, con una retrospettiva che espone le ragioni, le circostanze, i principi e i criteri che, partendo dagli USA all'inizio del XX Secolo, hanno influenzato la evoluzione dei Dipartimenti, all'interno di altre significative trasformazioni determinate sia dalla politica sanitaria, sia dall'evoluzione della medicina, nonché le reazioni che tutto ciò ha prodotto nel Regno Unito, sia pure nel contesto di un servizio sanitario universalistico e finanziato dallo Stato, cioè l'opposto degli USA, tradizionalmente considerati un "non-sistema" dal punto di vista sanitario.

Naturalmente tutto ciò ha influenzato anche la politica e la organizzazione sanitaria in Italia, che quindi viene inserita in questa retrospettiva.

Il termine dipartimento esprime, in particolare nei Paesi di lingua inglese, il concetto di una organizzazione destinata ad assolvere a uno specifico scopo mediante la gestione unitaria delle diverse parti o sezioni che la costituiscono. E fa riflettere – se messo in relazione con la cosiddetta "centralità" della persona assistita – che è la parola d'ordine dei diversi movimenti di riforma sanitaria in corso nel mondo, Italia compresa, il fatto che negli Stati Uniti, intorno alla metà del 1800, i *general stores*, cioè i grandi magazzini, si siano trasformati in *department stores* (Guzzanti, 1985).

E questa evoluzione avvenne proprio in nome della "centralità" del cliente, perché nei grandi magazzini le merci venivano esposte senza seguire una particolare logica, mentre l'innovazione introdotta con i *department stores* è stata quella di suddividere le merci in settori specifici, dove gli articoli esposti erano tra di loro, in qualche modo, omogenei, affini o complementari. Veniva così, ribaltata la procedura per gli acquisti, in quanto il cliente non era più costretto a girovagare alla ricerca della merce desiderata perché, in ambiti ben delimitati, trovava tutto quello che faceva al suo caso nella specifica circostanza.

Tra i pionieri di questo *customer centered model* c'è stato il grande magazzino di Chicago Marshal Field, intorno al 1850, ed è da lì che è partito H. Selfridge il quale, fattasi una esperienza e una posizione sempre più importante in quella società, ha poi trasferito il modello a Londra, in *Oxford Street*, all'inizio del 1900.

Per quanto riguarda l'ambito sanitario, è ancora negli Stati Uniti d'America che si rinvengono i primi documenti riguardanti i dipartimenti,di particolare interesse per comprendere il significato attribuito agli stessi già molti anni or sono, quindi un vero e proprio movimento d'avanguardia rispetto a quanto è accaduto a notevole distanza di tempo in altri Paesi.

Anche in questo caso bisogna ricorrere alla storia, che è quella delle deplorevoli condizioni nelle quali versavano le Scuole Mediche negli Stati Uniti, tra la metà e la fine del XIX secolo.

Erano attivi, infatti, in quel Paese oltre quattrocento *diploma mills*, cioè "diplomifici", come in tono dispregiativo venivano chiamate le numerosissime "scuole di medicina" che erano fiorite per ragioni puramente mercantili (Roemer e Friedman, 1971). La cosa era stata rimarcata e sottolineata dai migliori medici e chirurghi degli Stati Uniti, che all'epoca facevano regolarmente il loro *grand tour* di cultura medica in Europa, soprattutto in Germania dove trovavano un modello di riferimento nelle condizioni scientifiche e organizzative nelle università da loro visitate. Dietro richiesta del *Council on Medical Education*, istituito nel 1905 dalla *American Medical Association*, la *Carnegie Foundation* finanziò uno studio approfondito sull'argomento, effettuato dal pedagogista Abraham Flexner. Pubblicato nel 1910 e riguardante la *Medical Education in the United States and Canada* (Bruce Fie, 1991), il *Flexner Report*, come da allora viene comunemente citato, cominciò a produrre gli effetti voluti poco tempo dopo.

Nel 1913, infatti, veniva fondato l'*American College of Surgeons* (ACS), che iniziò a gettare le basi di quelle che si ritenevano le condizioni essenziali per l'ammissione dei chirurghi alla nuova istituzione, e questo fu fatto tenendo conto dei risultati del rapporto *Flexner* e dello sviluppo assunto dalla chirurgia ospedaliera, oramai liberata dal dolore e fortemente protetta contro le infezioni.

Box 1. The Minimum Standard
The American College of Surgeon (1919)

1. That physicians and surgeons privileged to practice in the hospital be organized as a definite group or staff. Such organisation has nothing to do with the question as to whether the hospital is "open" or "closed", not need it affect the

various existing types of staff organization. The word STAFF is here defined as the group of doctors who practice in the hospital inclusive of all groups such as the "regular staff", the "visiting staff" and the "associate staff".

2. That membership upon the staff be restricted to physicians and surgeons who are a) full graduates of medicine in good standing and legally licensed to practice in their respective states or provinces, b) competent in their respective fields, and c) worthy in character and in matters of professional ethics; that in this latter connection the practice of the divisions of fees, under any guise whatever, be prohibited.

3. That the staff initiate, and, with the approval of the governing board of the hospital, adopt rules, regulations, and policies governing the professional work of the hospital; that these rules, regulations, and policies specifically provide:

a) that staff meetings be held at least once each month. (In large hospitals the departments may choose to meet separately);

b) that the staff review and analyze at regular intervals their clinical experience in the various departments of the hospital, such as medicine, surgery, obstetrics and the other specialities; the clinical records of patients, free and pay, to be the basis for such review and analyses.

4. That accurate and complete records be written for all patients and filed in an accessible manner in the hospital, a complete case record being one which includes identification data; complaints; personal and family history; history of present illness; physical examination, special examinations, such as consultations, clinical laboratory, X-ray, and other examinations; provisional or working diagnosis; medical or surgical treatment; gross and microscopical pathological findings, progress notes; final diagnosis; condition on discharge, follow-up and, in case of death, autopsy findings.

5. That diagnostic and therapeutic facilities under competent supervision be available for the study, diagnosis and treatment of patients, these to include, at least

a) a clinical laboratory providing chemical, bacteriological, serological and pathological services;

b) an X-ray department providing radiographic and fluoroscopic services

Fonte: (Guzzanti, 1998).

Dopo un periodo di intervallo dovuto alla Prima Guerra Mondiale, e alla partecipazione alla stessa di molti degli associati, il lavoro della ACS riprese, e vide impegnati, tra gli altri, figure eminenti del mondo della chirurgia.

Tra queste, i fratelli Mayo, William e Charles, George Crile, Harvey Cushing (considerato il padre della neurochirurgia), ed Ernest Codman, un illustre chirurgo di Boston che viene spesso ricordato oggi, a proposito di qualità e di accreditamento, perché sin dagli inizi del 1900 aveva tentato di introdurre al *Massachussetts General Hospital* la *end result analysis*, cioè la valutazione dei risultati in chirurgia.

È a queste persone di vedute antesignane, e ad altri che hanno con loro collaborato, che si deve l'adozione da parte dell'ACS, nel dicembre del 1919, del programma detto *The Minimum Standard*, fondato su cinque principi ritenuti essenziali allo scopo di assicurare una adeguata assistenza e un corretto trattamento dei pa-

zienti. In premessa va detto che tutte le parti che nella presente retrospettiva appaiono particolarmente significative saranno presentate nell'originale testo in lingua inglese per non tradirne la essenzialità con traduzioni prolisse e poco rispettose dei concetti e dei fatti esposti, a cominciare dal documento *The Minimum Standard*, che così descrive i cinque principi fondanti.

Mentre il *Flexner Report* ha avuto un sicuro e positivo impatto circa i requisiti e le caratteristiche delle Scuole Mediche negli Stati Uniti, provocando così una drastica riduzione del loro numero e favorendo la crescita di quei "centri di eccellenza" che sono tuttora attivi e noti in tutto il mondo, gli effetti di ricaduta ottenuti attraverso l'opera dell'ACS non sono stati di minore importanza.

Il programma *The Minimum Standard*, infatti, è venuto progressivamente affermandosi e, pur essendo nato in ambiente chirurgico, ha di fatto interessato tutto l'ospedale e quasi tutti gli ospedali. Si cominciò, infatti, con l'approvare 89 ospedali nel 1919, per arrivare poi a 3.290 nel 1950, più della metà degli ospedali allora attivi negli Stati Uniti (Roberts *et al.*, 1987). Non solamente, ma oltre questo influsso diretto del programma, va anche ricordata la grande e positiva ripercussione che esso ha avuto subito dopo la fine della Seconda Guerra Mondiale. Negli Stati Uniti, infatti, sulla scia dell'entusiasmo della vittoria ottenuta in una guerra così lunga e dura, che poneva anche termine alla grande recessione economica iniziata nel 1929, e sull'onda della allora popolare idea della "programmazione", nel 1946 veniva promulgato *The Hospital Survey and Construction Act*, meglio noto come "legge Hill-Burton", dai nomi dei parlamentari proponenti l'iniziativa.

A seguito di tale provvedimento (che si può considerare il precursore del programma pluriennale di adeguamento e rimodernamento del patrimonio sanitario pubblico in Italia, di cui all'articolo 20 della legge 67 del 1988), si determinarono le condizioni – finanziarie e normative – per la realizzazione, nei successivi venti anni, di circa 350.000 posti letto, tra ospedali e *nursing homes*, e di oltre 2.000 presidi e servizi territoriali (Guzzanti, 1998).

Una condizione essenziale fu, però, posta dal Governo Federale affinché gli Stati potessero fruire dei finanziamenti, e cioè che essi fossero dotati di una normativa per la disciplina strutturale, organizzativa e funzionale degli ospedali, cosa che all'epoca esisteva solamente in dieci dei quarantaquattro Stati. Allo scopo di accelerare i tempi e di dare una cornice di riferimento, il Governo Federale predispose anche un "modello di statuto", che di fatto riproduceva il quadro definito dall'ACS. Sulla base di queste indicazioni, dopo il 1946, tutti gli Stati adottarono le normative relative agli ospedali, e in tal modo diventarono regole generali la dipartimentalizzazione, gli incontri periodici per la revisione delle attività cliniche, ecc., arrivando perfino a dettagliare come si dovessero verbalizzare gli *staff meetings* (Roemer e Friedman, 1971).

Proprio, però, come conseguenza dell'ampio sviluppo che assumevano gli ospedali, non solo numericamente, ma anche come complessità specialistica e tecnologica, l'*American College of Surgeons*, all'inizio degli anni '50, chiese e ottenne l'adesione dell'*American College of Physicians*, dell'*American Hospitals Association*, dell'*American Medical Association* e della *Canadian Medical Association* (poi ritiratasi nel 1959 per attivare un proprio organismo nazionale), allo scopo di

costituire insieme una organizzazione indipendente no-profit, denominata *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), fondata il 15 dicembre 1951 e divenuta operativa dal gennaio 1953.

L'importanza degli eventi ricordati è ben riassunta dalla stessa *Joint Commission* con l'affermazione che segue: *with the adoption of the Minimum Standard, the accreditation process that continues today was set in motion.*

Ciò a dimostrazione che, salvo che per il "dipartimento", chiamato così sin da allora, tutto quel che oggi si definisce "accreditamento", "*audit*" e "qualità", era già stato pensato, scritto e attuato dai medici più illuminati, e poi diffuso come prassi operativa e normativa a tutti gli Stati Uniti d'America, già molti anni fa.

È logico che si trattava dell'avvio di un processo, che lo stesso ACS aveva ritenuto poi così complesso, per i nuovi sviluppi della medicina, da doversi associare ad altri, istituendo la JCAH, che a sua volta, alla fine del 1987, per il continuo evolvere dell'assistenza sanitaria e il valore assunto dal concetto di continuità assistenziale, modificava i compiti, e quindi la denominazione, divenendo la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*, nonché per accreditare all'epoca non solo gli ospedali, ma una serie di strutture e servizi del territorio per un complessivo di circa 18.000 organizzazioni sanitarie. Per tornare all'argomento centrale che si sta trattando, cioè il dipartimento, va ricordato che nei primi anni '60 ci si cominciò a rendere conto che il progredire delle conoscenze rendeva impossibile il frenare l'ascesa delle specializzazioni nate dalle discipline fondamentali, la medicina interna e la chirurgia generale, perché l'avanzare delle conoscenze e delle tecnologie creava nuove possibilità diagnostiche e terapeutiche, rafforzando il contenuto di molte nuove discipline specialistiche. Tutto questo imponeva una revisione della tradizionale organizzazione ospedaliera, specie dopo che la terapia intensiva e la rianimazione si erano venute affermando, soprattutto al seguito dell'ultima epidemia di poliomielite che aveva colpito l'Europa nei primi anni '50. Già nel 1956, così, negli Stati Uniti si sviluppò il concetto di *progressive patient care*, poi definito nella sua essenza, nel 1962, da un documento del *Public Health Service* degli Stati Uniti[1], secondo il quale erano ormai maturi i tempi per riorganizzare gli ospedali tenendo conto delle diverse esigenze terapeutiche e assistenziali dei pazienti.

Questi potevano, infatti, essere ricoverati in condizioni critiche, tali cioè da richiedere interventi in ambienti caratterizzati e specializzati per la terapia intensiva e la rianimazione. Superata tale fase, passavano in una condizione di acuzie, nella quale avevano bisogno di approfondimenti diagnostici e terapeutici specialistici, da svolgere presso le rispettive unità di competenza. Successivamente entravano in una fase di post-acuzie, non meno importante ai fini del recupero della funzionalità e della autosufficienza messe a dura prova dalle condizioni precedentemente sopportate.

[1] U.S. Public Health Service: *Elements of progressive patient care*, U.S. Public Health Service Publications, Washington D.C., 1962.

Questa sequenza logicamente era più teorica che pratica, in quanto i pazienti potevano passare solo una o due delle fasi prima indicate, ma poneva le radici per una trasformazione organizzativa e funzionale, oltre che strutturale, della assistenza ospedaliera. L'argomento venne affrontato allora anche in Europa, da parte del *Regional Office for Europe* della WHO[2]. nello stesso anno – il 1967 – in cui nel Regno Unito apparivano due documenti separati, uno preparato dall'Inghilterra, l'altro dalla Scozia. Il documento inglese[3] prendeva atto del fatto che lo sviluppo della moderna medicina scientifica, e quindi delle specializzazioni, aveva trovato impreparati i clinici rispetto alla esigenza di darsi una nuova organizzazione, quanto mai necessaria nella considerazione che i servizi ospedalieri costituivano il settore più complesso, costoso e sofisticato di tutta l'assistenza sanitaria. Si proponeva, perciò, il superamento della classica organizzazione, cioè la *firm* (corrispondente alla nostra divisione), nella quale venivano assegnati ai primari un certo numero di posti letto nei reparti delle relative specialità, nonché sessioni di camera operatoria e ambulatoriali. Questa organizzazione, secondo le nuove proposte, veniva considerata come incapace di fare comunicare i clinici interessati a problemi affini e complementari e provocava il proliferare di piccoli reparti specialistici, con la conseguenza di rendere sempre meno flessibile l'uso dei posti letto, gelosamente custoditi dal titolare e non resi disponibili secondo le esigenze del momento.

Veniva così proposto il raggruppamento facente capo alle discipline madri, mediche e chirurgiche, in *divisions* (corrispondenti ai nostri dipartimenti) e si delineava la figura del relativo *chairman*, nonché la costituzione di un *executive committee* composto dai vari *chairman* e si elencavano una serie di funzioni da svolgersi presso le *divisions*, tra le quali appare opportuno ricordarne almeno due: *the review of the clinical practice*, perché riprendeva i principi già stabiliti dall'ACS negli Stati Uniti, preludendo all'*audit* che è tema fondamentale anche oggi; e la razionalizzazione nell'uso delle risorse del personale e delle tecnologie. Ricordava, infatti, il rapporto che *many clinicians fail to appreciate fully the importance of their role in management problems*.

Si sottolineava, inoltre, l'importanza delle comunicazioni e dei collegamenti tra le diverse *divisions*, comprese quelle simili appartenenti allo stesso gruppo ospedaliero, e questo per rimarcare l'interdipendenza tra le varie componenti specialistiche degli ospedali, all'interno delle *divisions* e tra di esse. Questo essenziale concetto risultava bene espresso nella copertina di presentazione del rapporto, dove era raffigurato un ingranaggio a ruote dentate (*cogwheel* in inglese) proprio per sottolineare la indispensabile sincronizzazione delle varie componenti al fine di ottenere un movimento ordinato e senza inceppi dell'intera macchina assistenziale. Per tali ragioni il documento inglese è stato in seguito citato come il *Cogwheel Report*, sia quando ne sono stati esaminati e commentati i possibili adattamenti alle situazioni

[2] *The organisation of general hospitals*, WHO Europe, Copenhagen, 1967.
[3] *Organisation of Medical Work in Hospitals*, HMSO, London, 1967.

locali, come nel caso della consulenza chiesta alla *Mc Kinsey* da parte degli *United Oxford Hospitals* (Sleight *et. al.*, 1970), sia quando il *Naffield Provincial Hospital Trust* promosse un seminario allo scopo di conoscere i risultati delle prime attuazioni di quelli che sono stati definiti i *Cogwheel Principles*, ottenuti attraverso una miglior consapevolezza e formazione dei clinici circa i principi della gestione, nonché la messa a loro disposizione delle informazioni necessarie per esercitare anche tale funzione (Forsyth *et al.*, 1971).

Risultò così che, nel luglio 1970, erano già 134 i gruppi ospedalieri che avevano adottato la *divisional structure* e che, malgrado le diverse formule adoperate e le difficoltà incontrate, già si cominciavano a intravedere i primi positivi risultati.

Nello stesso anno 1967, in un analogo rapporto pubblicato in Scozia[4], venivano ribaditi gli stessi principi e le stesse proposte contenute nel rapporto inglese, però con dettaglio maggiore, con la evidenziazione della esigenza di mantenere la responsabilità clinica del primario, chiamandolo però a entrare nella *division* attinente alla propria area specialistica, perché il raggruppamento di unità sempre più specializzate, ma affini negli intenti, rendeva più flessibile l'uso dei posti letto e delle attrezzature e, soprattutto, evitava la eccessiva parcellizzazione degli aspetti clinici-scientifici, didattici e di ricerca.

D'altro lato, gli scozzesi erano bene a conoscenza che *divisional system of clinical organisation are know to operate successfully in other countries, particularly in North America*, e per questo ne avevano già avviato la sperimentazione presso la *Glasgow Royal Infirmary*, un grande *teaching hospital*, dove la *surgical division* funzionava già dal giugno 1965. Gli scozzesi furono anche pronti nel percepire l'esigenza di una formazione dei clinici nei nuovi compiti, sia pure con iniziative di breve durata, e così presso il Dipartimento di Epidemiologia e Medicina Preventiva dell'Università di Glasgow vennero avviati dei corsi *on management appreciation for clinicians*.

Su un punto, però, il rapporto scozzese era in disaccordo con la evoluzione in corso negli Stati Uniti e cioè sul termine di *medical audit*, perché ritenuto improprio per l'ambiente medico, data la sua provenienza dal settore finanziario, e in qualche modo foriero di ispezioni e supervisioni da parte di organismi esterni. Pertanto, mentre veniva considerata essenziale l'attività di revisione della casistica clinica, e perciò si puntava al rafforzamento dei *clinical meetings* e delle *clinico-pathological conferences*, nonché al miglioramento della regolarità di tenuta e dei contenuti della cartella clinica, si proponeva di raggruppare tutte queste attività sotto la espressione di *patient care evaluation*.

La posizione al riguardo negli Stati Uniti era in effetti, molto diversa, perché la revisione e analisi dell'attività clinica, stabilita dall'ACS, nel tempo non si era ri-

[4] *Organisation of Medical Work in the Hospital Service in Scotland*, H.M.S.O., Edimburgh, 1967.

velata così intensa e profonda come sembrava necessario, e così nei primi anni ’50 si era venuto affermando il concetto di *medical audit.*

In un classico trattato sugli ospedali (MacEachern, 1957), del 1957, si legge, infatti, che “*the medical audit can be compared with the financial audit. If it is important to have an audit in dollars, it is not more important to have an audit of the professional work of the hospital, an account of the medical care rendered. In the last analysis, the medical audit informs the governing board of the work of each physician on the staff and enables it to judge the competence or incompetence of each member of the medical staff and the scientific efficiency of the hospital*”.

Since the governing board is legally responsible for the medical care given to patients as well as for the financial solvency of the hospital, the medical audit is of vital importance in the proper discharge of this obligation.

Si è voluto riportare per esteso questo concetto, espresso negli Stati Uniti a metà degli anni ’50, perché si avrà modo di valutare più avanti quanto ciò abbia influenzato la più recente normativa in materia sanitaria, sia nel Regno Unito che in Italia.

D’altra parte negli Stati Uniti questa metodologia dei sistemi di controllo si è successivamente confermata e ampliata, pur mutando nel tempo alcuni orientamenti e talune finalità.

A seguito, infatti, delle leggi *Medicare* e *Medicaid,* che dal 1966 hanno attivato l’assistenza sanitaria per gli anziani e gli indigenti attraverso finanziamenti pubblici, sono stati introdotte forme di vigilanza esterna sugli ospedali, riguardanti la correttezza nella gestione dei programmi assistenziali a carico del Governo Federale e degli Stati (Thorpe, 1996). Nel 1972, infatti, vennero istituite con legge, le *Professional Standard Review Organisation* (Psro), aventi come finalità *to promote effective, efficient and economical delivery of health care services of proper quality*, alle cui attività di controllo gli ospedali dovevano rispondere con adeguati strumenti di controllo interno che passavano, appunto, attraverso la partecipazione dei medici alle attività organizzative e gestionali.

I risultati delle Psro. furono giudicate insoddisfacenti e così la legge – nel 1984 – le sostituì con le *Peer Review Organisation* (Pros), alle quali venivano affidati cinque obiettivi e cioè:

1. *To reduce unnecessary hospital readmissions*;
2. *To assure the prevision of adequate care, which, if not given, would cause serious complications*;
3. *To reduce the risk of mortality associated with specific procedures and conditions;*
4. *To reduce unnecessary surgery*;
5. *To reduce avoidable postoperative or other complications.*

È agevole constatare – anche in questo caso – che il rispetto dei principi controllati da organismi esterni richiedeva, necessariamente, l’attività di *audit* da parte dei dipartimenti ospedalieri, il che non è cambiato, anzi si è incentivato dal 1993, da quando cioè i Pros hanno adottato *la Health Care Quality Improvement Initiati-*