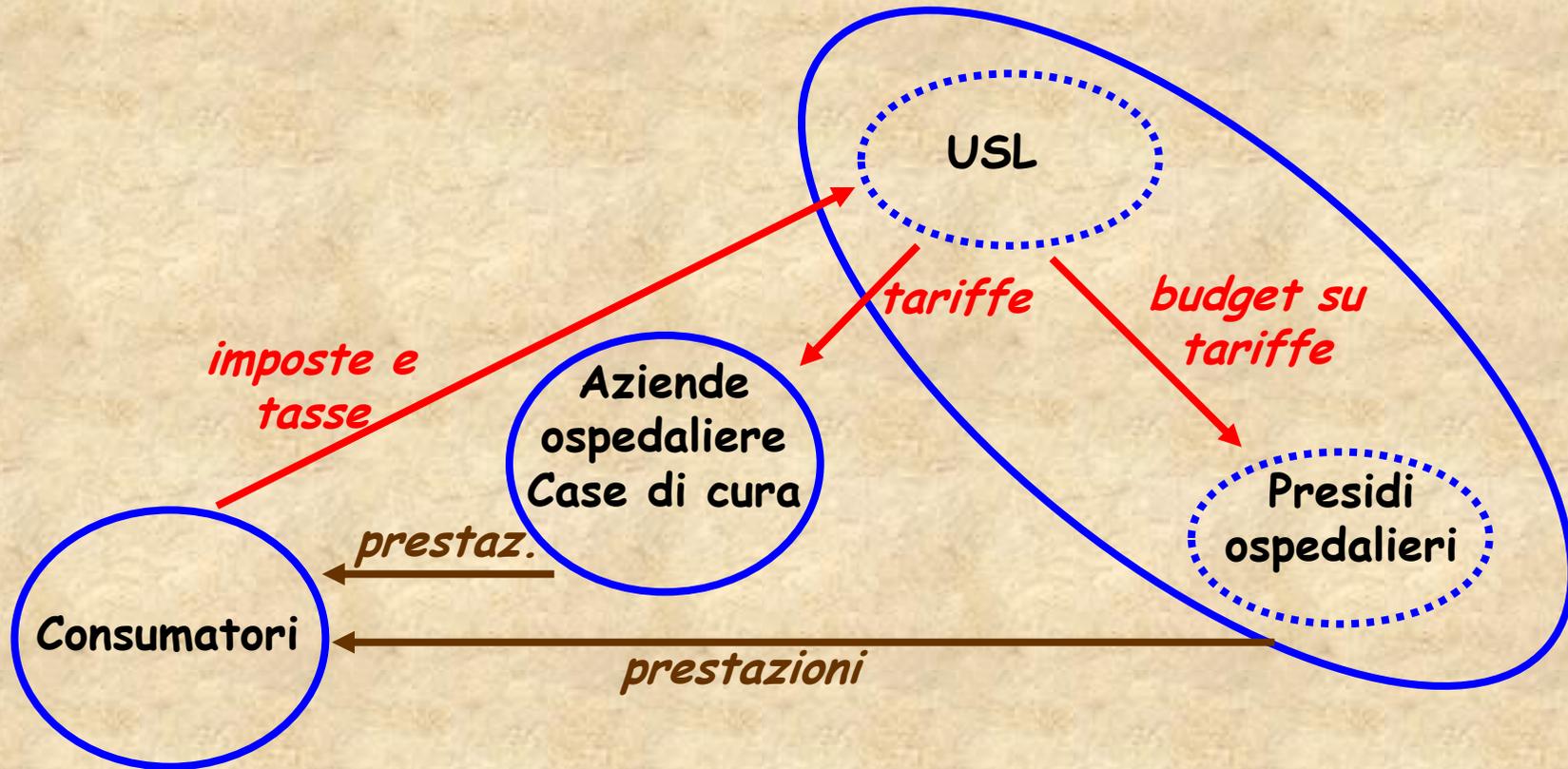


**PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE
SANITARIA RIFERITI AL
CONTESTO ITALIANO**

IL MODELLO SANITARIO ITALIANO

(D.L. 502/92 E 517/93)



Decreto Legislativo
Razionalizzazione S.S.N.



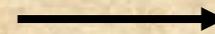
FATTORI DI INFLUENZA DEL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO DEL SSN DALLA 833/78 ALLA 502/92

FATTORI DI CRISI

Transizione demografica e culturale

- Aumento aspettativa di vita
- Transizione delle patologie - Stili di vita - Aspettative di salute
- Ruolo della famiglia carente

Sfiducia nella classe politica e nel governo delle USL da parte dei rappresentanti dei partiti



Messa in discussione dei "privilegi" della classe medica

- Cambiamento governo della Sanità

Crisi economica

- nuove tecnologie
- aumento costi di gestione
- aumento indiscriminato domanda e offerta



- Abolizione sistema di finanziamento "protezionista"
- Inserimento tensioni competitive

Innovazione tecnologica

- aumento domanda
- aumento costi di acquisizione e gestione
- problemi strutture
- adeguatezza risorse umane

CAMBIAMENTI ORGANIZZATIVI

Cambiamenti strutturali

- Necessità di acquisire ed utilizzare nuove tecnologie innovative ai fini curativi, preventivi, predittivi
- Sviluppo di "*focus professional groups*"
- Incremento delle dimensioni strutturali ed organizzative è spesso imposto e può trovare con le nuove tecnologie e tecniche edilizie elementi di flessibilità e di adattabilità

Sistema informativo veramente essenziale di supporto e governo

Adattamenti organizzativi e gestionali/visione strategica del Piano Aziendale

Tentare di semplificare la pressione sulla struttura e sulla organizzazione attraverso l'acquisizione di gestioni esterne:

- Approvvigionamento e distribuzione di farmaci e presidi
- Lavanderia, Pulizie, Ristorazione
- Sterilizzazione
- Attività di sorveglianza
- Elaborazione dati e gestione apparecchiature informatiche
- Assunzione di personale specialistico a contratto/consulenti esterni

MODIFICAZIONI DELLE COMPETENZE TECNICHE

Stile di direzione i **responsabili della gestione** chiamati a:

- sviluppare strategie dirette a favorire il cambiamento;
- predisporre nuovi meccanismi decisionali più improntati alla semplificazione del lavoro che al coordinamento;
- realizzare nuovi strumenti di controllo e valutazione.

Stile operativo i **responsabili delle attività di supporto amministrativo e organizzativo** chiamati a:

- estendere le competenze alla valutazione della qualità del servizio e del controllo dei costi;
- coinvolgere nelle attività di gestione gli operatori responsabili dell'erogazione delle prestazioni assistenziali ai pazienti;
- assumere funzioni nel contesto di processi di controllo di gestione da condurre con strumenti di nuova acquisizione nel campo sanitario.

MODIFICAZIONI DELLE COMPETENZE TECNICHE

Comportamento i responsabili delle attività assistenziali chiamati a:

- occuparsi direttamente dei problemi di gestione della propria realtà operativa collaborando con i responsabili organizzativi ed amministrativi;
- acquisire una diversa sensibilità verso le modalità di utilizzazione delle risorse da impegnare nel processo assistenziale e fornire supporto ai progetti di razionalizzazione;
- adottare nuovi strumenti di programmazione della propria attività in funzione di obiettivi di ottimizzazione del rapporto tra risorse impegnate e risultati conseguiti.

Stile di lavoro gli operatori sanitari chiamati a:

- Predisporre piani assistenziali e regole di comportamento sempre più numerose, minimali e specifiche, di peculiarità, impiego di strutture diagnostiche e terapeutiche;
- contribuire a semplificare il lavoro.

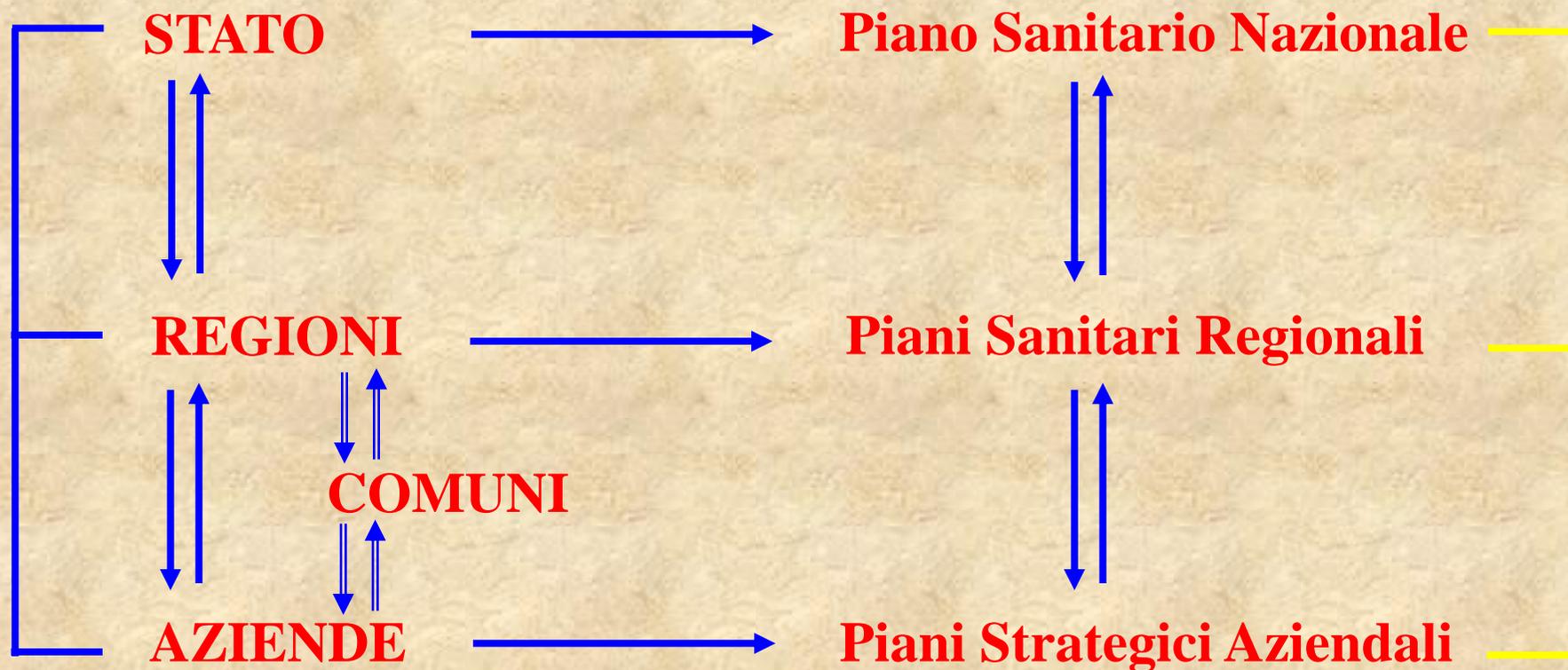
MODIFICAZIONI DELLA CULTURA SANITARIA

La cultura sanitaria ha risentito, in particolare, di influenze fondamentalmente esercitate da due fattori:

- il raggiungimento del limite massimo di sopportabilità economica della spesa per il sistema di produzione della salute che ha fatto entrare nell'uso corrente concetti importanti: "risorse finite", "valore per il denaro", "assistenza ottimale", "efficienza clinica";
- utenti ritenuti "clienti".

**Decreto Legislativo
Razionalizzazione S.S.N.**

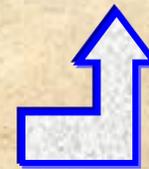
***LA
PROGRAMMAZIONE***



QUALITA'

L'insieme delle *proprietà* e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di *soddisfare* esigenze espresse o implicite

CLIENTE



ALCUNE DEFINIZIONI DI QUALITA' DELL'ASSISTENZA

La frequenza con cui si compiono interventi sanitari di dimostrata efficacia (più utili che dannosi) e con cui si evitano interventi più dannosi che utili (*Sackett, 1980*)

E' il livello di salute più elevato possibile ottenibile con i mezzi più desiderabili utilizzati allo scopo (*Donabedian, 1978-89*)

La capacità di migliorare lo stato di salute e di soddisfazione di una popolazione nei limiti concessi dalle tecnologie, dalle risorse disponibili e dalle caratteristiche dell'utenza (*Palmer, 1988-89*)

LE TRE DIMENSIONI DELLA QUALITA' DELL'ASSISTENZA SANITARIA

QUALITA' VALUTATA DAL CLIENTE

Ciò che i clienti ed i fornitori di cure desiderano dal servizio

QUALITA' PROFESSIONALE

Se il servizio soddisfa i bisogni così come definiti dai professionisti che forniscono le cure; se vengono eseguite correttamente le tecniche e le procedure necessarie per soddisfare i bisogni del cliente

QUALITA' DELLA GESTIONE

L'uso più efficace delle risorse all'interno dei limiti e delle direttive stabiliti dalle autorità preposte o acquirenti

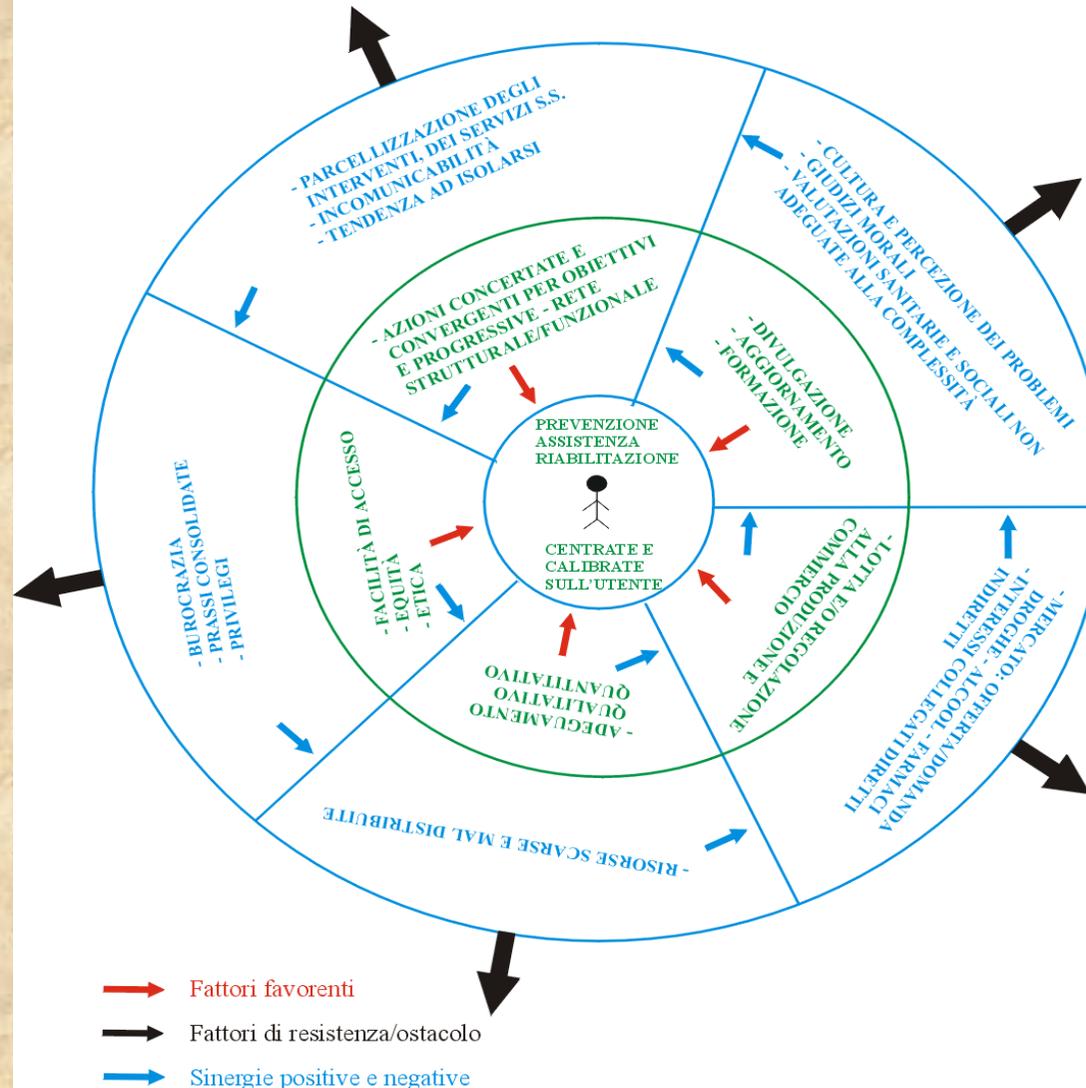
FOCAL POINT

- Assistenza di qualità a tutti gli utenti (CORE);
- Soddisfazione personale di tutti gli "aventi interesse";
- Pareggio del bilancio

Necessità di nuove figure poste al vertice delle
Aziende Sanitarie Locali e Ospedali

RIORGANIZZAZIONE E SVILUPPO DEL SISTEMA DI PREVENZIONE - ASSISTENZA- RIABILITAZIONE DEI DIPENDENTI DA ALCOOL - FARMACI - DROGHE

LA RIVOLUZIONE DIFFICILE/IMPROBABILE
CENTRATA SUL CLIENTE
(BOCCIA A., 1999)



FOCAL POINT

COLLEGIO SINDACALE

REGIONE

TOP MANAGER

(Direttore Generale nominato dalla Regione, regolato da contratto di diritto privato)

DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dirigente dei Servizi Amministrativi)

DIRETTORE SANITARIO

(Dirigente dei Servizi Sanitari)

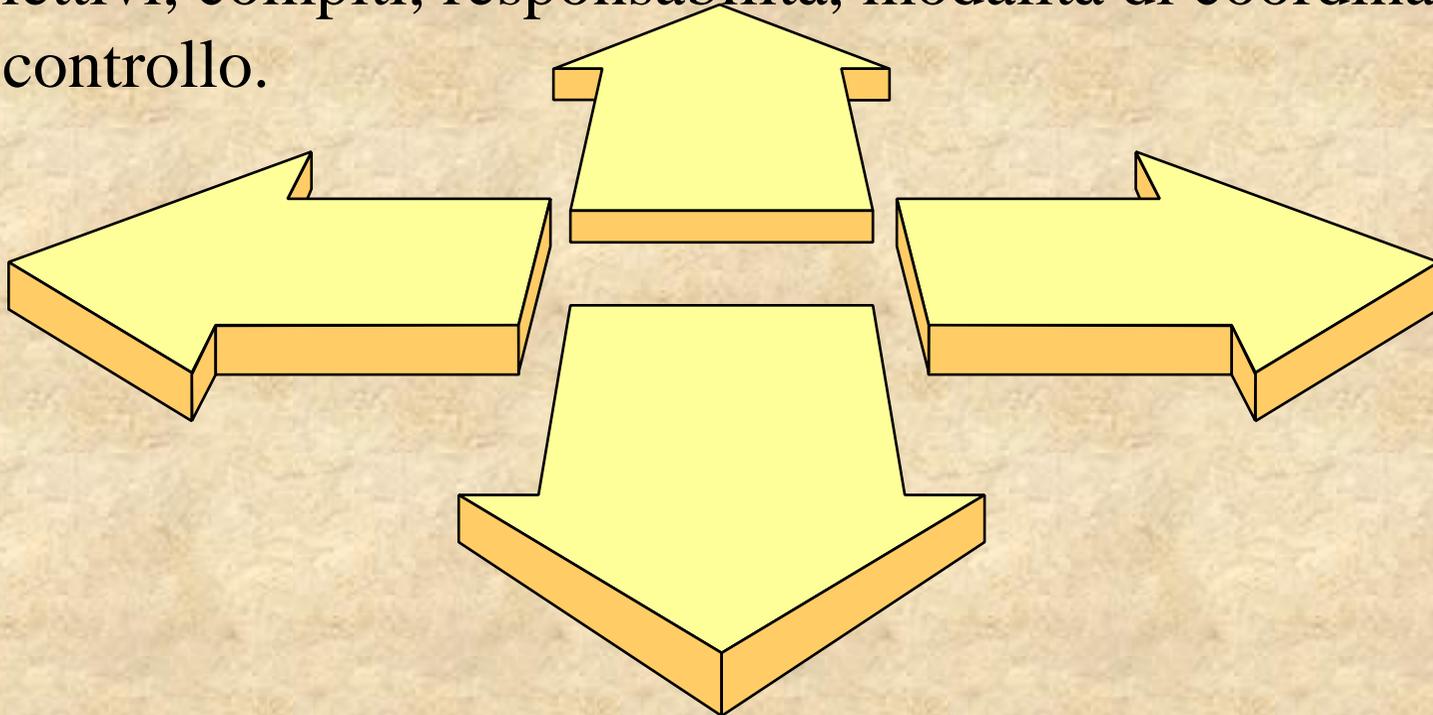


Definizioni

- **Organizzazione:**

- Combinare risorse per raggiungere obiettivi pre-fissati.

- E' il complesso di modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro attraverso l'identificazione di obiettivi, compiti, responsabilità, modalità di coordinamento e di controllo.



Livelli di Organizzazione dei Servizi Sanitari

- **Organizzazione del Sistema Sanitario**

- Organizzazione generale del complesso di attività sanitarie di una regione

- **Organizzazione dei Servizi Sanitari**

- Organizzazione specifica del complesso di attività sanitarie degli "effettori terminali" di offerta di salute



Elementi e relazioni di un sistema sanitario

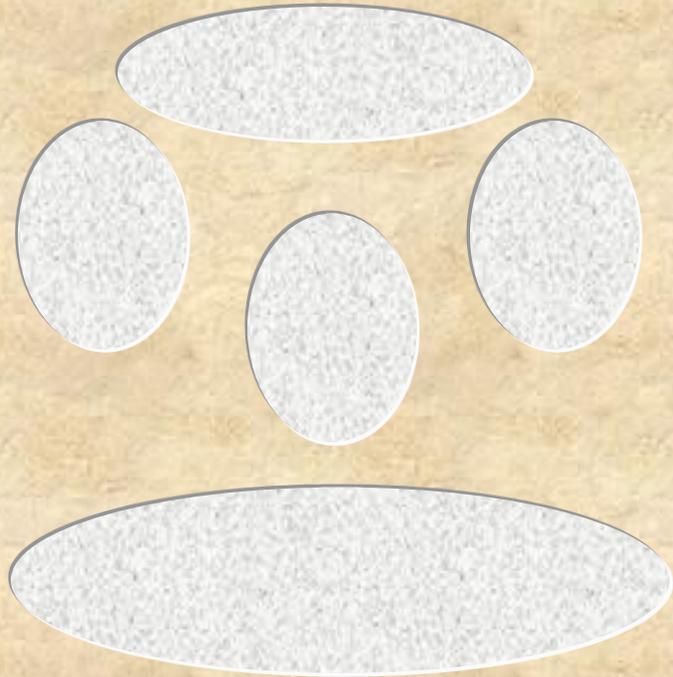
- un "sistema" rappresenta un insieme organizzato di componenti distinte che interagiscono tra di loro per raggiungere obiettivi comuni predefiniti
- un sistema sanitario è perciò rappresentato dal complesso delle istituzioni, delle organizzazioni, delle persone, delle risorse e delle azioni che hanno il primario intento di promuovere, recuperare e mantenere lo stato di salute.

LE COMPONENTI DELL'ORGANIZZAZIONE



Mintzberg, 1983

LE COMPONENTI DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE



VERTICE STRATEGICO

Direttore generale, Direttore sanitario, Direttore amministrativo

LINEA INTERMEDIA

Responsabili Presidio, Responsabili Distretto, Responsabili Dipartimento

NUCLEO OPERATIVO

Unità operative

Tecnostruttura sanitaria (dipartimenti tecnico-scientifici) / amministrativa (controllo di gestione, sistema informativo)

Servizi di supporto (Farmacia, Ufficio Tecnico, Economato)

QUESTIONE

La responsabilità gestionale deve essere attribuita:

- al solo Direttore Generale?
- ad un "collegio" di organi monocratici rappresentati dal Direttore Generale (comunque rappresentante unico), dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo?

Mentre le figure del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo sono già ben definite e presenti, quale dovrebbe essere l'estrazione ottimale del Direttore Generale?

- Manager di impresa privata non sanitaria;
- Direttore Sanitario di Ospedale o di Servizi Territoriali;
- Direttore Amministrativo di Servizi dell'USL.

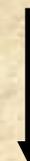
**Decreto Legislativo
Razionalizzazione S.S.N.**

***LA GESTIONE ED IL
FINANZIAMENTO***

**IL PROCESSO DI SELEZIONE
DEGLI EROGATORI**

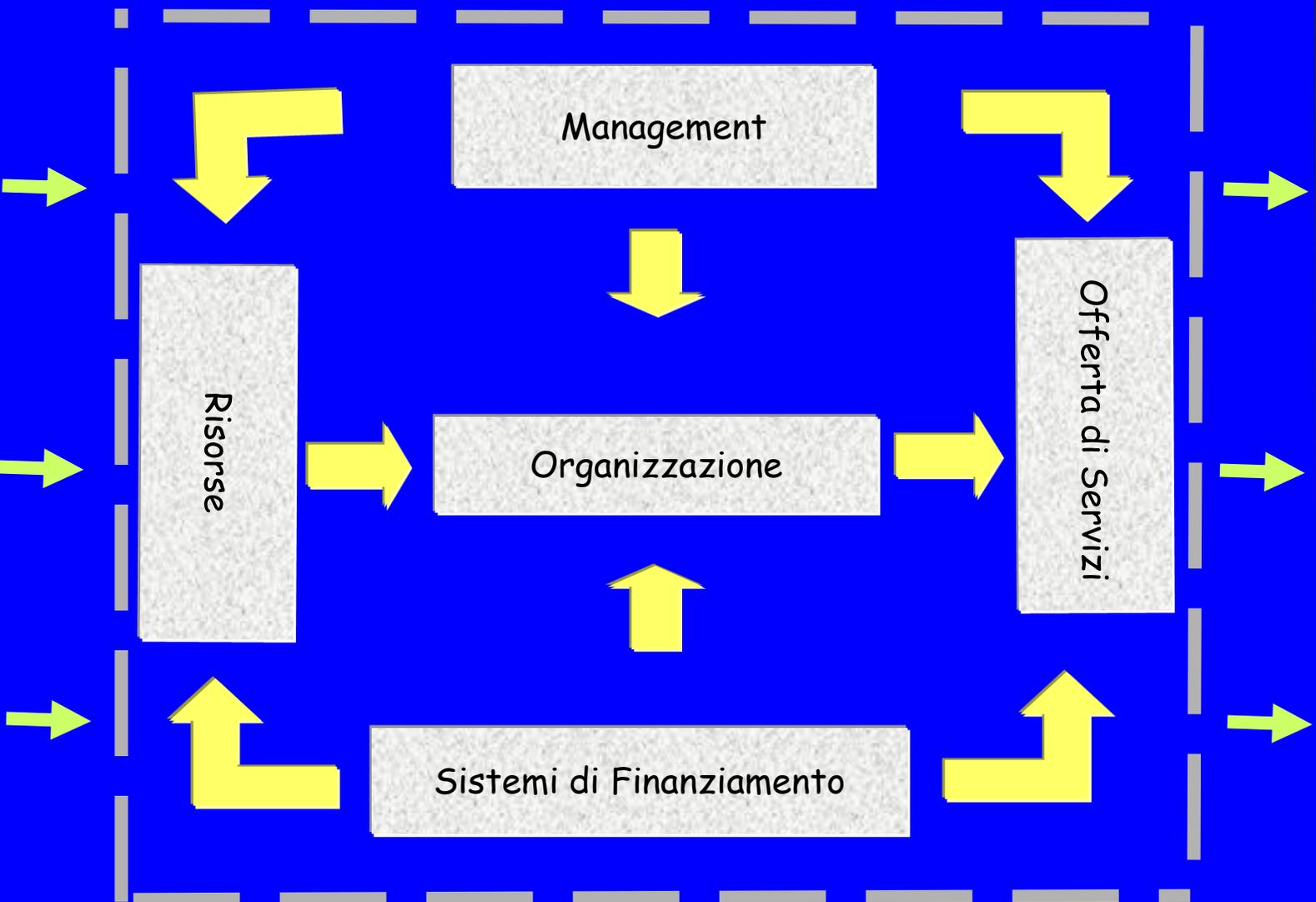
- Autorizzazione alla realizzazione
- Autorizzazione al funzionamento
- Accreditemento
- Accordi contrattuali

REFERENTE FINALE



REGIONE

Risultati di Salute



Bisogni di salute

L'Organizzazione dei Sistemi Sanitari

Chi paga,

in quanti pagano
come pagano
chi raccoglie i fondi

Chi possiede le strutture,

privati
settore pubblico
terzo settore

Chi "governa" il sistema

la programmazione nazionale/regionale
il mercato



I PILASTRI DELLA PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

STRUTTURA ORGANIZZATIVA, architettura formale ed informale (deliberata) delle unità organizzative e delle posizioni di responsabilità di cui si compone l'azienda

MECCANISMI OPERATIVI, insieme dei processi e strumenti più o meno strutturali che facilitano le relazioni organizzativa (sistemi di programmazione e pianificazione, remunerazione, carriera, addestramento e formazione)

PERSONE, in termini di "qualità" e capacità professionali e gestionali

CULTURA ORGANIZZATIVA, orientamento prevalente a specifici comportamenti ritenuti importanti dall'organizzazione o dal sottogruppo di persone in essa operanti: *imprinting*

Offerta dei Servizi



- **Primary Care (Assistenza Primaria):**
 - Attività di prevenzione ed il trattamento di patologie comuni non complicate
- **Secondary Care (Assistenza Secondaria):**
 - Assistenza specialistica (pz.acuti, approfondimenti diagnostico-terapeutici)
- **Tertiary Care (Assistenza Terziaria):**
 - Assistenza di alta specializzazione ed ad elevato impegno tecnologico

LE STRUTTURE PER L'EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA SANITARIA IN ITALIA

AZIENDE SANITARIE LOCALI

- *Presidi ospedalieri*
- *Distretti*
- *Dipartimento di prevenzione*
- *Dipartimento di salute mentale*

AZIENDE OSPEDALIERE

ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

Azienda Sanitaria

Dimensione economica di un istituto, in cui le risorse si combinano secondo comportamenti di lavoro realizzando la produzione di prestazioni o servizi per il soddisfacimento dei bisogni di salute

Azienda Sanitaria

- La Azienda USL e l'Azienda Ospedaliera concorrono all'attuazione degli indirizzi e degli obiettivi di politica sanitaria regionale; tuttavia la missione specifica è diversa:
 - *È competenza esclusiva dell'azienda USL la funzione di garanzia dei livelli di assistenza*
 - *L'azienda ospedaliera, ha come fine quello di rispondere a specifici bisogni di salute erogando prestazioni e servizi di diagnosi e cura in quantità e qualità coerente con la domanda*

Azienda Sanitaria

Complessità intra-aziendali si evidenziano

- Variabilità interindividuale nel comportamento clinico dei professionisti
- Pluralità di relazioni tra unità operative che hanno struttura e funzioni estremamente eterogenee e che intervengono sul medesimo processo assistenziale

Azienda Sanitaria

L'autonomia tecnica professionale degli operatori sanitari è alla base di questa variabilità



favorire la trasmissione delle conoscenze professionali

- Promuovere logiche e strumenti per "governare" la stessa, realizzando un'offerta efficace dal punto di vista assistenziale nel rispetto dei vincoli di bilancio.

Azienda Sanitaria

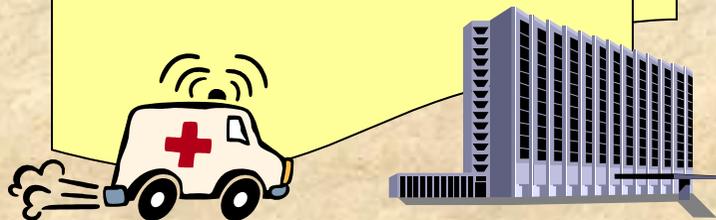
L'eterogeneità delle strutture e funzioni riguarda la coesistenza nell'organizzazione di un ciclo assistenziale diretto e di un ciclo amministrativo di governo delle risorse impiegate nell'assistenza che necessariamente devono perseguire una virtuosa integrazione per non alimentare conflittualità interna e disservizi al cliente esterno.

La struttura di offerta della ASL

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Presidio Ospedaliero

Emergenza, acuzie,
accertamenti diagnostico -
terapeutici II III livello



Distretto sanitario

Assistenza continuativa di I
livello
medicina di base, assistenza
anziani, disagi sociali, tutela
materno-infantile



Dipartimento di prevenzione

Area della prevenzione
per la comunità



LE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Perseguono gli obiettivi di salute imposti dalla programmazione nazionale e regionale nel rispetto dei vincoli di bilancio

Hanno personalità giuridica pubblica, ma sono dotate di autonomia imprenditoriale

Erogano:

- l'assistenza ospedaliera, attraverso i Presidi ospedalieri*
- l'assistenza distrettuale, tramite i Distretti*
- l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, tramite il Dipartimento di Prevenzione*

LEA

Le garanzie che il S.S.N. si impegna ad assicurare nei confronti dei cittadini, al fine di realizzare la coerenza tra l'obiettivo generale di tutela della salute ed il finanziamento a disposizione del S.S.N.

I PRINCIPI ISPIRATORI

- Dignità della persona
- Bisogno di salute
- Solidarietà
- Efficacia ed appropriatezza degli interventi
- Efficienza produttiva
- Equità

TIPOLOGIE

- Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro
- Assistenza distrettuale
- Assistenza ospedaliera

I DISTRETTI

Hanno la funzione di garantire *l'accessibilità, la continuità e la tempestività* della risposta assistenziale, favorendo un *approccio intersettoriale* alla promozione della salute e *l'integrazione* tra assistenza sanitaria ed assistenza sociale

Le dimensioni sono regolate da indicazioni regionali, ma, in genere, non sono inferiori a 60.000 ab.

Erogano:

- *l'assistenza di base, attraverso i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta ed i servizi di guardia medica*
- *l'assistenza specialistica ambulatoriale, per es. attraverso i poliambulatori specialistici*
- *l'assistenza per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, attraverso i consultori*
- *l'assistenza per i tossicodipendenti, per es. attraverso i SERT*
- *l'assistenza ed i servizi per i disabili e gli anziani*
- *l'assistenza domiciliare integrata*
- *l'assistenza ed i servizi per le patologie da HIV e le patologie in fase terminale*

IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Garantisce l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro

Le funzioni principali sono:

- *profilassi delle malattie infettive e parassitarie*
- *tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita*
- *tutela della collettività e dei singoli negli ambienti di lavoro*
- *sanità pubblica veterinaria*
- *tutela igienico-sanitaria degli alimenti*
- *sorveglianza e prevenzione nutrizionale*

Organizzato in aree funzionali:

- *igiene e sanità pubblica*
- *igiene degli alimenti e della nutrizione*
- *prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro*
- *sanità animale*
- *igiene degli alimenti di origine animale*
- *igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche*

IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Definito dal *Piano Sanitario Nazionale 1998-2000* e dal *Progetto Obiettivo "Tutela Salute Mentale 1998-2000"*

Persegue gli obiettivi di:

- migliorare la qualità della vita e l'integrazione sociale dei soggetti con malattie mentali
- ridurre l'incidenza di suicidi per problemi di salute mentale

Organizzato in *diverse aree*:

- centro di salute mentale
- servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- strutture semiresidenziali (day-hospital e centro diurno)
- strutture residenziali, per soddisfare il residuo manicomiale e la cosiddetta "nuova cronicità"

LE AZIENDE OSPEDALIERE

Come le aziende sanitarie, hanno *personalità giuridica pubblica*, ma sono dotate di *autonomia imprenditoriale*; sono dirette da un *Direttore Generale*, nominato dalla Regione, che è coadiuvato da un *Collegio di Direzione* e che nomina un *Direttore Sanitario* e un *Direttore Amministrativo*

Possono costituirsi in aziende ospedaliere i presidi ospedalieri in possesso di *tutti i seguenti requisiti*:

- organizzazione dipartimentale
- disponibilità di sistemi di contabilità analitica per centri di costo
- presenza di almeno tre unità operative di alta specialità
- dipartimento di emergenza di secondo livello
- ruolo di ospedale di riferimento, anche per pazienti residenti in regioni diverse
- indice di complessità della casistica dei pazienti trattati superiore alla media regionale
- disponibilità di un proprio patrimonio immobiliare adeguato

In ogni caso non si può procedere alla costituzione o alla conferma in azienda ospedaliera, qualora questa costituisca il solo presidio ospedaliero pubblico presente nell'azienda USL

GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS)

Strutture ospedaliere in cui le finalità di *ricerca sanitaria* vengono perseguite *insieme* con le *prestazioni di ricovero e cura*

Il carattere *applicativo* ed il riferimento di *strumentalità* agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale *differenzia la ricerca* svolta dagli IRCCS da quella affidata alle Università ed al CNR

Sono oggetto di un *finanziamento statale* (che va ad aggiungersi a quello regionale), finalizzato esclusivamente allo svolgimento delle attività di ricerca

Attualmente in Italia sono 32 (16 *pubblici* e 16 *privati*), distinti in "*monotematici*" e "*politematici*"

Esempi:

- I.D.I.
- Fondazione Maugeri
- Fondazione Pascale, Napoli

LE STRUTTURE PRIVATE ACCREDITATE

*Le strutture sanitarie private possono entrare nel sistema di produzione dei servizi e delle prestazioni per conto e a carico del S.S.N., attraverso una **regolamentazione** basata su **tre livelli**:*

1. Autorizzazione alla realizzazione ed al funzionamento, sulla base del possesso di *requisiti minimi* strutturali, tecnologici ed organizzativi e della *compatibilità rispetto al fabbisogno* complessivo di assistenza

2. Accredimento istituzionale concesso dalla Regione, sulla base del possesso di *requisiti ulteriori* di qualificazione della struttura e della *funzionalità della struttura rispetto alla programmazione regionale*

3. Accordo contrattuale tra Regione, Azienda U.S.L. e struttura accreditata, che rappresenta *il momento conclusivo* di individuazione della struttura come soggetto erogatore di servizi per conto del S.S.N. e che consente, di fatto, l'inserimento della struttura nell'*"albo dei fornitori"* del S.S.N.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA EMERGENZA URGENZA

Riferimenti normativi

- DPR 27 marzo 1992: Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza
- Consulta Stato Regioni: Linee guida per il sistema emergenza-urgenza (1996)

Organizzazione

- Sistema di allarme sanitario in collegamento con le centrali operative
- Sistema territoriale di soccorso
- Rete di servizi e presidi ospedalieri, funzionalmente collegati e gerarchicamente organizzati

Livelli di operatività

- Punti di primo intervento
- Pronto soccorso ospedaliero
- Dipartimento di emergenza,urgenza ed accettazione di I livello
- Dipartimento di emergenza, urgenza ed accettazione di II livello

Il "dipartimento"?

- Dal francese "departir", ossia "dividere in parti";
- Nel 1790 l'Assemblea Nazionale di Francia decise di sostituire le Province con dei "Dipartimenti";
- Nella sanità:
 - per la prima volta l'organizzazione dipartimentale si afferma negli *anni '60 negli ospedali di insegnamento americani* per conseguire una gestione ottimale e quindi una **condivisione più efficiente delle alte tecnologie**;
 - il "*Cogweel Report*" (1967) in Inghilterra sostiene la necessità di "federare" le unità primarie con **medesimi interessi scientifici** ed assistenziali costituendo delle "divisions" (dipartimenti) che **condividono** spazi, posti letto, personale, attrezzature e altre risorse.

LA DEFINIZIONE DI DIPARTIMENTO

Il Dipartimento è costituito dalla federazione di unità operative che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che le costituiscono, ma che riconoscono la loro interdipendenza adottando un comune codice di comportamento clinico-assistenziale, didattico e di ricerca, dai profondi risvolti etici, medico-legali ed economici

Guzzanti, 1985

Definizione

- “Il dipartimento è costituito da *unità operative omogenee, affini o complementari*, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro *interdipendenti*, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le unità operative costituenti il dipartimento sono aggregate in una *specifico tipologia organizzativa e gestionale* volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati, e a tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico, medico-legale ed economico”.

ASSR, 1996

L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE DELLE AZIENDE SANITARIE DI USL E OSPEDALIERE

Il *Dipartimento* deve essere interpretato come una "federazione" di Unità Operative ed altre compartimentazioni organizzative delle Aziende Sanitarie o Ospedaliere che mantengono la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, così come quella di ciascuno dei membri che la costituiscono, e che, nel medesimo tempo, riconoscono la loro indipendenza, in funzione del raggiungimento di comuni obiettivi, ed adottano codici concordati e consensuali di comportamenti clinico-assistenziali, didattici e di ricerca con accettati e condivisi risvolti operativi, collaborativi, etici, medico legali ed economici.

Zanetti, 1996

Il primo problema da risolvere consiste nell'individuazione dei criteri cui ricondurre le decisioni per la scelta delle aggregazioni dipartimentali. La soluzione di questo problema deve essere prospettata tenendo presente un punto di fondamentale importanza: secondo il D.Lgv. 502 a far data dal 1° gennaio 1997 non avrà alcun effetto la normativa contenuta nella L. 132/68 e nei decreti 128/69 e 129/69 emanati in sua attuazione, per cui è indispensabile un ripensamento radicale dell'organizzazione ospedaliera, ripensamento che dovrà in modo del tutto ovvio e conseguentemente prendere avvio da soli 2 punti fermi:

- l'Unità Operativa (e le sue sotto-segmentazioni costituite dai Moduli Organizzativi e dai Moduli Funzionali) come elemento basilare di funzionamento;
- il Dipartimento come elemento di integrazione funzionale e di coordinamento organizzativo.

L'ultima definitiva e più recente conferma della volontà del legislatore di realizzare compiutamente la dipartimentalizzazione dell'Ospedale, in accordo con la L. 595/85 e con la L. 412/91, si trova nei decreti legislativi 502/92, 517/93 e 229/99 nei quali sono contenuti i provvedimenti inerenti l'aziendalizzazione delle Unità Sanitarie Locali e degli Ospedali in possesso di specifici requisiti. L'esame dei Decreti di riordino permette di sottolineare tre punti fondamentali per il Dipartimento.

- L'individuazione degli Ospedali di rilievo nazionale e di alta specializzazione è subordinata al possesso di due requisiti, ovvero la presenza almeno di tre strutture di alta specialità (DM 29/1/92) e l'organizzazione funzionalmente accorpata e unitaria di tipo dipartimentale di tutti i servizi che compongono ciascuna delle suddette strutture (art.1, comma 2)
- Mentre si ribadisce che i Presidi ospedalieri devono essere organizzati in Dipartimenti (art.4, comma 10), si rafforza nel medesimo tempo l'obbligatorietà del modello dipartimentale.
- Si stabilisce, a conferma della scelta del modello dipartimentale e della sua estensione anche al di fuori del contesto ospedaliero, la necessità e la funzionalità del Dipartimento di Prevenzione.

CRITERI DI AGGREGAZIONE DIPARTIMENTALE OSPEDALIERA

In una logica di dipartimentalizzazione, ovvero in una logica che prevede di realizzare un'organizzazione che accorpa entità (Unità Operative) diverse nell'intento di raggiungere obiettivi complessi che non sarebbero altrimenti realizzabili:

- la conduzione delle operazioni è affidabile ad un singolo responsabile per il quale gestire e programmare significa fondamentalmente agire sul piano clinico per ottimizzare in modo diretto il processo assistenziale, ottimizzando indirettamente il processo di consumo delle risorse (**efficienza clinica**), mentre
- l'attività di gestione e di programmazione, intese come processo determinato, diretto e cosciente di definizione delle priorità di allocazione delle risorse in funzione del raggiungimento di obiettivi di efficienza che presuppongono il contributo di più interpreti, deve essere affidata ad un organo superiore in grado di dare pesi adeguati ai vari tentativi di condizionamento "dal basso" effettuati dai responsabili operativi, sulla base di equi criteri di matrice professionale (**efficienza manageriale**).