

a cura di
Eugenio Anessi Pessina
Elena Cantù

Rapporto OASI 2006

L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi
e Francesco Longo

14 La gestione per processi per il governo clinico e il controllo dei rischi: un confronto di metodo tra Aziende Ospedaliere

*di Gianfranco Baraghini, Andrea Capponi, Maurizio Capelli, Francesco Longo, Valeria Tozzi e Stefano Villa**

14.1 Premessa

Il capitolo si propone di confrontare l'esperienza sviluppata sul tema della gestione per processi all'interno di tre Aziende Ospedaliere (AO): Sant'Orsola Malpighi di Bologna, l'AO «Maggiore della Carità» di Novara e l'AO universitaria Policlinico di Modena.

Si tratta di esperienze ormai mature che, nel corso degli ultimi dieci anni, si sono consolidate e differenziate negli approcci e negli strumenti utilizzati. A partire dall'analisi di questi tre casi che rappresentano, nelle loro differenze, esperienze avanzate di gestione per processi si vuole, da un lato, compiere un confronto di metodo sulle differenze negli approcci e negli strumenti adottati e, dall'altro, individuare i requisiti e le dimensioni attuative che dovrebbero caratterizzare un'efficace gestione per processi nelle aziende sanitarie.

Con l'obiettivo di chiarire sin da subito il contenuto dell'oggetto di analisi il par. 14.2, dopo una breve sintesi dei principali contributi presenti in letteratura, propone una definizione e uno schema di classificazione dei processi e descrive sinteticamente le fasi che caratterizzano un progetto di gestione per processi. Il confronto delle tre esperienze viene articolato seguendo logicamente queste fasi. La scelta di metodo compiuta prevede che ci si concentri sugli aspetti che, più di altri, contraddistinguono le tre esperienze, rinunciando a costruire dei veri e propri *case history*. Tale scelta è motivata dall'intento di sviluppare un

* Sebbene il capitolo sia frutto di un comune lavoro di ricerca, i parr. 14.1, 14.2.2, 14.3, e 14.7 sono da attribuirsi a Valeria Tozzi; i parr. 14.2.1, 14.2.3, 14.5.1, 14.5.2 e 14.6 a Stefano Villa; il par. 14.8 a Francesco Longo; il par. 14.4 a Maurizio Capelli (responsabile Ufficio qualità AO Sant'Orsola Malpighi); il par. 14.5.4 a Gianfranco Baraghini (responsabile Ufficio qualità AO universitaria Policlinico di Modena) e il par. 14.5.3 ad Andrea Capponi (responsabile Ufficio qualità AO Maggiore della Carità di Novara). Si ringraziano per le indicazioni e i suggerimenti offerti Augusto Cavina, direttore generale dell'AO Sant'Orsola Malpighi, e Claudio Macchi, direttore generale dell'AO Maggiore della Carità di Novara, già direttore generale dell'AO universitaria Policlinico di Modena).

confronto interpretativo tra diverse opzioni di metodo piuttosto che una descrizione delle esperienze.

Il contributo si articola nei seguenti contenuti:

- le finalità aziendali attribuite alla gestione per processi e le modalità di scelta dei processi da riprogettare (par. 14.3);
- i gruppi di lavoro per avviare il cambiamento verso la gestione per processi (par. 14.4);
- gli approcci e gli strumenti per l'analisi e riprogettazione dei processi (par. 14.5);
- i sistemi di monitoraggio (par. 14.6).

Il capitolo si chiude con alcune riflessioni in merito alle scelte operative che le aziende sono chiamate a compiere nel caso di implementazione della gestione per processi (par. 14.7) e sul ruolo che le esperienze aziendali sul tema stanno giocando nell'apportare logiche economico-aziendali all'interno della sanità (par. 14.8).

14.2 Processi, governo clinico e gestione del rischio

14.2.1 Cosa si intende per processo

Il paragrafo propone una sintesi dei contributi più salienti relativi ai temi della gestione per processi, del governo clinico e della gestione del rischio con la consapevolezza di non esaurire il dibattito in corso. Avvia inoltre l'analisi dei casi evidenziando la classificazione dei processi adottata da ciascuna delle tre AO.

Rispetto alla classificazione dei processi, la letteratura fa riferimento a Porter (1985), secondo cui esistono due categorie principali di processi, in relazione ai destinatari cui si rivolgono:

- i processi primari (o *core*), che hanno per destinatari soggetti esterni all'azienda, in particolare i clienti, e quindi sono direttamente responsabili della generazione dei beni, dei servizi e degli altri output rivolti ai destinatari finali dell'attività aziendale;
- i processi secondari (o «di supporto»), che hanno per destinatari soggetti interni all'azienda e sono finalizzati al corretto, continuo ed efficace svolgimento dei processi primari.

Alcuni autori (Chiavaccini e Pratali 2000) dettano ulteriormente quest'ultima tipologia di processi, distinguendo i processi «direzionali», finalizzati alla gestione degli altri processi (per esempio, analisi competitiva e del contesto esterno, definizione degli obiettivi di medio-lungo e di breve periodo).

Porter (1985) offre anche una classificazione più dettagliata¹ specificamente indirizzata alle aziende di produzione industriali. Tale classificazione deve necessariamente essere adeguata al contesto delle aziende sanitarie.

Si possono così distinguere tre differenti tipologie di processi (Lega 2001; vedi Fig. 14.1):

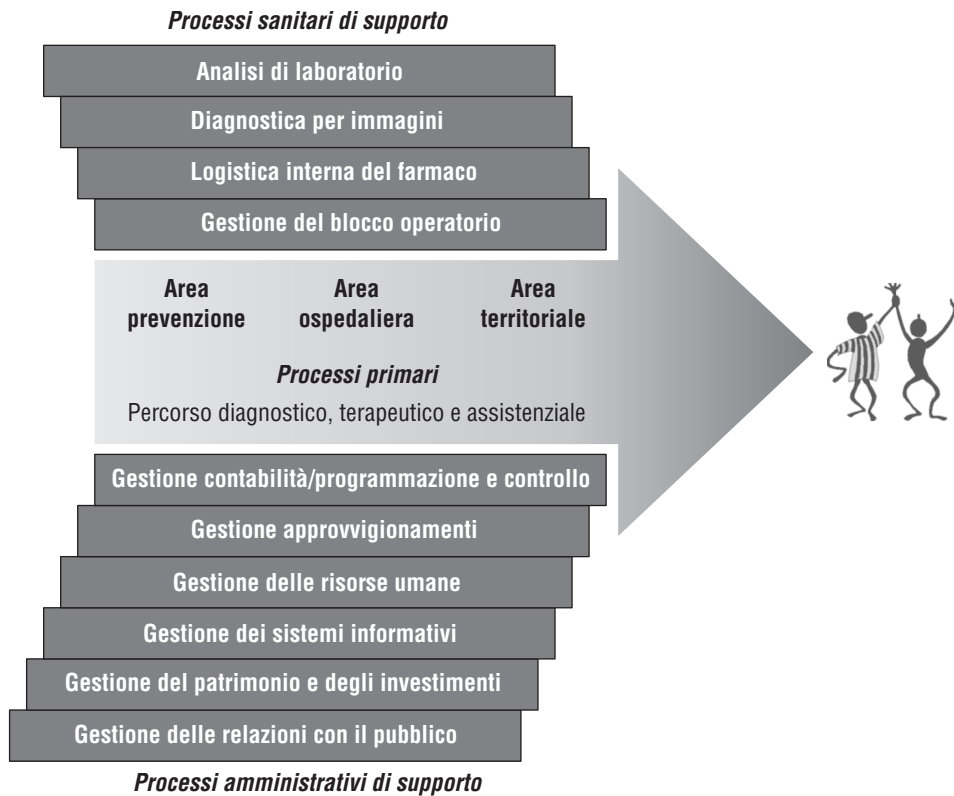
- processi primari clinico-assistenziali che rappresentano i processi *core*. Sono tipicamente costituiti dall'insieme di attività cliniche svolte per risolvere uno specifico problema di salute e hanno come output finale atteso la risoluzione del problema di cura per cui il paziente è entrato in contatto con la struttura sanitaria (ospedaliera o territoriale);
- processi sanitari di supporto. Si tratta di quelle attività a carattere clinico (come la gestione dei farmaci oppure le analisi di laboratorio) che non producono un risultato finale di salute, ma sono strettamente funzionali e interconnesse al processo primario clinico assistenziale. In casi specifici un dato processo sanitario di supporto può in realtà essere classificato come processo primario. Si pensi, per esempio, al processo di prestazione diagnostica: è di supporto quando erogato per un paziente ricoverato, è principale quando rivolto a pazienti ambulatoriali;
- processi amministrativi di supporto. Sono tipicamente costituiti da tutte quelle attività amministrative essenziali per il corretto svolgimento dei processi primari, ma che non prevedono un coinvolgimento diretto del paziente (si pensi, per esempio, al processo di approvvigionamento e logistica dei beni oppure alla gestione delle risorse umane). In questo caso è possibile riprendere almeno in parte la classificazione operata da Porter e classificare i processi amministrativi delle aziende sanitarie secondo due criteri guida: il fattore della produzione gestito-oggetto del processo (risorse umane, sistemi informativi, beni patrimoniali) e la tipologia di operazioni svolte (gestione contabile, gestione degli approvvigionamenti, gestione delle relazioni con il pubblico). Si possono comprendere in tale categoria anche i processi direzionali/strategici (quali, per esempio, il processo di programmazione e controllo).

Focalizzando l'attenzione sui processi primari clinico-assistenziali (*core*) e adottando come prospettiva di studio quella dell'economia aziendale, è possibile distinguere i seguenti elementi caratterizzanti (Tozzi 2004):

- il processo è una sequenza spaziotemporale di attività che riflette una specifica organizzazione del lavoro tra professionalità/ambiti assistenziali diversi che intervengono nella gestione del medesimo problema di salute;

¹ L'autore individua i processi primari in: logistica in entrata, attività operative, logistica in uscita, marketing e vendite, servizi successivi alla vendita; e i processi secondari in: approvvigionamenti, sviluppo delle tecnologie, gestione delle risorse, attività infrastrutturali.

Figura 14.1 **Classificazione dei processi nelle aziende sanitarie**



Fonte: adattato da Lega (2001)

- le attività compiute in sequenza spaziotemporale sono finalizzate a soddisfare il paziente (il cliente esterno della tassonomia porteriana) che ha specifici bisogni collegati a una specifica patologia (o meglio problema di salute). Nelle aziende sanitarie abbiamo quindi tanti processi *core* quanti sono i problemi di salute ai quali viene data risposta;
- la riprogettazione della sequenza spaziale e temporale delle prestazioni deve essere compiuta considerando i fabbisogni sanitari e socio-sanitari del paziente affetto da uno specifico problema di salute, e quelli organizzativi ed economici dell'azienda;
- il processo sanitario è scandibile in macrofasi che producono output intermedi riconducibili alle fasi logiche di gestione del problema di salute (valutazione e diagnosi, trattamento e terapia, *follow up*). I professionisti all'interno dei diversi ambiti assistenziali e unità organizzative sono responsabilizzabili rispetto alle condizioni di appropriatezza, integrazione, spesa e profilo di efficienza per ogni traguardo intermedio di salute/output al quale partecipano;

- attraverso la riprogettazione per processi, le aziende responsabilizzano i professionisti sulle condizioni di *effectiveness* che vengono definite non più in modo individuale e isolato da parte del singolo professionista, ma attraverso il confronto allargato tra quanti, pur con approcci specialistici differenti, trattano la medesima tipologia di pazienti.

Dall'analisi dell'offerta delle aziende sanitarie, sia ospedaliere che territoriali, è facile distinguere tre macrofamiglie di attività:

- attività di prevenzione;
- attività territoriale;
- attività ospedaliera.

Molti processi di cura racchiudono tutte queste tre differenti tipologie di attività. Da qui si evince che molti processi primari non si esauriscono all'interno dei confini di una sola azienda, ma coinvolgono più strutture e il governo dell'intero processo implica una forte integrazione anche tra diverse aziende².

Venendo ai tre casi oggetto di studio, le tre AO analizzate hanno adottato modalità differenti per la classificazione e identificazione dei processi.

L'AO Sant'Orsola Malpighi ha adottato una classificazione molto simile, nelle logiche di fondo, a quella di Porter, individuando sostanzialmente quattro differenti tipologie di processi:

- i processi sanitari *core* in cui si includono i processi sanitari generali (per esempio, ricovero in elezione, ricovero in urgenza ecc.) e i percorsi diagnostici terapeutici relativi a specifici problemi di cura (per esempio, trapianti);
- i processi direzionali/strategici ovvero quelli che consentono di gestire gli elementi direzionali e di elaborazione delle strategie. In questa specifica realtà aziendale si è preferito dividere tali processi da quelli di supporto in senso stretto per metterne in evidenza la peculiarità;
- i processi di supporto sanitari;
- i processi di supporto non sanitari.

L'AO di Modena ha adottato la seguente classificazione:

- processi direzionali e tecnico-amministrativi di supporto;
- processi sanitari di base;
- percorsi diagnostico-terapeutici;

² Si prenda a titolo di esempio il caso del processo di cura dei pazienti con polmonite. In questo caso tutte le attività svolte sul territorio a monte (presa in carico del paziente) e a valle (fase di riabilitazione e monitoraggio) fanno parte integrante del complessivo processo primario clinico assistenziale in oggetto (cfr., per esempio, Lega 2001; Casati e Vichi 2002).

- processi sanitari di supporto;
- processi dell'emergenza.

Rispetto alla tradizionale classificazione dei processi, in entrambe le AO si osserva la distinzione tra processi sanitari generali e percorsi diagnostico-terapeutici. L'AO di Bologna ha preferito, all'interno della macrocategoria dei processi sanitari core, fare un'ulteriore distinzione tra processi sanitari generali e percorsi diagnostico-terapeutici, mentre quella di Modena classifica separatamente i processi sanitari di base dai percorsi diagnostico-terapeutici. Nel primo caso si fa riferimento a processi di tipo generale senza alcun particolare riferimento a problemi di cura specifici (ricovero ordinario, percorso chirurgico e così via). Con il termine invece di «percorso diagnostico-terapeutico» si fa riferimento a specifici processi di cura, come per esempio, il processo del paziente con grande obesità, neoplasia del polmone, ma anche il programma trapianti di fegato, rene e così via. Infine l'AO di Modena ha ritenuto essenziale, data l'importanza e la rilevanza aziendale, tenere separati i processi dell'emergenza.

L'AO di Novara ha compiuto una scelta prevalentemente centrata sui processi clinici definendo tutti i processi necessari all'accreditamento, ma concentrando l'attività di controllo sui percorsi clinici.

Così come i contributi presenti in letteratura, anche le tre realtà analizzate si sono dunque mosse in modo parzialmente differente rispetto alla classificazione dei processi aziendali, motivando tale scelta sulla base delle finalità perseguite e soprattutto della facilità di far comprendere il contenuto dell'attività che si intendeva riprogettare. La classificazione adottata dall'AO di Novara pone attenzione quasi esclusiva ai processi clinici con particolare enfasi ai processi legati a specifici problemi di cura. Anche nel caso dell'AO di Modena si registra una maggiore attenzione ai processi sanitari, in questo caso però si fa riferimento non solo ai percorsi clinici, ma anche ai processi sanitari di base. Infine l'AO di Bologna ritiene importante presidiare anche i processi direzionali/strategici che quindi rappresentano una categoria di processi a sé stante.

14.2.2 Gestione del rischio e governo clinico

È convinzione degli autori che i temi della gestione del rischio e del governo clinico debbano avere come necessario punto di partenza proprio la gestione per processi.

Nella sua accezione più ampia, il Governo Clinico (GC) rappresenta quell'insieme di condizioni, cliniche e organizzative capaci di allineare i processi clinico-assistenziali agli obiettivi di qualità e sicurezza (Grilli e Taroni 2004; Cosmi 2004; Barbieri, Filannino, Tozzi e Longo 2005). Data questa definizione generale è possibile individuare diversi tratti distintivi del GC:

1. condivisione multidisciplinare degli approcci all'assistenza;

2. adozione di pratiche fondate sull'*Evidence Based Medicine* (EBM);
3. sviluppo di conoscenze e routine cliniche e organizzative basate sull'esperienza della pratica clinica all'interno delle strutture di assistenza;
4. responsabilizzazione dei medici sulla performance complessiva del processo assistenziale;
5. miglioramento e qualificazione dello sviluppo professionale.

Gli strumenti tipicamente riconducibili al GC (*reporting* su errori, eventi avversi, linee guida, audit clinico, carte di controllo ecc.) dovrebbero essere integrati con i sistemi operativi d'azienda (sistema informativo, budget, *reporting*, valutazione del personale ecc.), allo scopo di produrre la reale responsabilizzazione dei professionisti sulla gestione complessiva del problema di salute. Per fare GC è quindi necessario rendere disponibili in forma il più possibile sistematica e continuativa informazioni su cosa viene fatto nell'assistenza a specifiche categorie di pazienti (Grilli e Taroni 2004).

Quanto sin qui esposto porta a dire che gli strumenti di GC devono essere innanzitutto integrati con i sistemi operativi aziendali e devono essere modellati sui processi assistenziali per problema di salute. Come verrà approfondito nel corso del testo, anche la gestione del rischio clinico (*clinical risk management*) rientra all'interno di questa logica: una gestione del rischio efficace e proattiva deve infatti necessariamente partire da un'analisi dei processi aziendali.

Per quanto concerne la gestione del rischio, essa si è affermata prepotentemente nel dibattito manageriale in sanità, definendosi come un nuovo modo di intendere la gestione dell'incertezza all'interno di burocrazie professionali quali le aziende sanitarie. Tale intento richiede però una corretta accezione di ciò che si intende per rischio. Storicamente in sanità il *risk management* è stato collegato ai fenomeni assicurativi o di contenzioso; esso dovrebbe essere focalizzato sulle opportunità di ridurre i margini di errore piuttosto che di governo della spesa. La letteratura fornisce una disamina attenta delle diverse tipologie di errore, non sempre riconducibili solo ed esclusivamente alla pratica del professionista, ma concernenti anche l'ambiente e le condizioni di erogazione delle prestazioni³. Il

³ *Errore di commissione*: esecuzione di atti non dovuti o praticati scorrettamente.

- *Errore di omissione*: mancata esecuzione di atti ritenuti necessari.
- *Errore umano*: *slip* (esecuzione non corretta, sa ma non fa), *lapse* (fallimento della memoria), *mistake* (sequenza di errori pregressi legati a procedure non idonee o a percorsi di azione inadeguati).
- *Violazioni*: deviazioni da regole, standard, procedure operative sicure.
- *Errori organizzativi*: organizzazione del lavoro, pianificazione, disponibilità di attrezzature ecc.
- *Errore nell'uso dei farmaci*: prescrizione, preparazione, trascrizione, distribuzione, somministrazione, monitoraggio.
- *Errore chirurgico*: lato sbagliato, intervento improprio, non necessario, corpi estranei, gestione non corretta del paziente.
- *Errore nell'uso di apparecchiature*: malfunzionamenti di fabbricazione, dovuti all'utilizzo, uso

passaggio logico dall'accezione dell'errore come *malpractice* a quella di presidio delle condizioni di potenziale inappropriatezza, per ridurne l'incidenza, ne sostanzia il rapporto con la gestione per processi. Infatti, in quest'ultima ottica ciò che interessa a professionisti e aziende è la conoscenza, in primo luogo, e l'opportunità di tutela, in secondo luogo, delle condizioni di ottimalità della prestazione offerta rispetto all'*outcome* complessivo per il paziente. Ciò è possibile solo riconnettendo la sequenza spaziotemporale degli eventi di malattia del paziente e dei momenti assistenziali vissuti con i fabbisogni strettamente collegati al problema di salute del paziente (gestione per processi)⁴.

Da queste brevi riflessioni si evince che GC, gestione per processi, *risk management* sono aspetti di uno stesso problema. Sarebbe quindi inutile e sbagliato affrontarli separatamente.

Le tre AO analizzate condividono le logiche di fondo qui presentate. Nell'effettivo governo dei processi aziendali hanno però adottato approcci e strumenti diversi perché diversi sono i contesti ambientali di riferimento, le finalità strategiche, le storie professionali dei professionisti operanti in azienda e, più in generale, le condizioni organizzative.

14.2.3 Le fasi della gestione per processi

Riprendendo approcci e metodologie ormai consolidate in letteratura (Davenport 1993; Tozzi 2004), è possibile individuare quattro fasi essenziali che dovrebbero contraddistinguere in linea generale una buona gestione per processi:

1. analisi;
2. progettazione;
3. cambiamento;
4. monitoraggio.

Uno dei principali obiettivi del presente studio è confrontare i diversi approcci,

in condizioni non appropriate, manutenzione inadeguata, istruzioni inadeguate, utilizzo oltre i limiti d'uso.

- *Esami o procedure diagnostiche*: non eseguite, in modo inadeguato, su pazienti sbagliati, non appropriate.
- *Errori nella tempistica*: ritardi nel trattamento farmacologico, nell'esecuzione dell'intervento chirurgico, nella diagnosi, altri ritardi organizzativi.

⁴ È evidente come ragionamenti su questioni quali il GC e il *clinical risk management* pongono al centro dell'attenzione i processi primari sanitari. Come verrà ripreso nel corso del presente contributo, non va però dimenticato come le performance finali d'azienda (in termini di costi, qualità tecnica e percepita) sono però frutto dell'interazione delle tre differenti tipologie di processi individuate nel precedente paragrafo: processi sanitari primari, processi sanitari di supporto e processi amministrativi di supporto.

metodi e strumenti utilizzati dalle tre AO nelle quattro fasi sopraindicate. In questo paragrafo si fornisce invece una breve descrizione del significato di ogni fase.

Nella fase di analisi, l'azienda è chiamata a:

1. definire le finalità che sottendono il percorso di cambiamento organizzativo;
2. scegliere i processi che intende riprogettare;
3. costituire i vari gruppi di lavoro;
4. procedere a una mappatura dei processi allo stato attuale (*as is* cioè prima degli attesi interventi di cambiamento organizzativo) individuando gli elementi fondamentali (attività, unità organizzative coinvolte, strumenti, controlli, interazioni, input e output dei processi).

La fase di analisi deve essere svolta da uno o più gruppi di lavoro composti dagli attori coinvolti nei processi. La costituzione dei gruppi di lavoro rappresenta un momento delicato, dove è importante bilanciare l'esigenza di funzionalità (inversamente proporzionale al numero di partecipanti) con quella di adeguata rappresentatività delle diverse figure professionali coinvolte a vario titolo nel processo.

Nella fase di progettazione vengono individuate le criticità del processo e si definisce conseguentemente uno specifico intervento di riprogettazione e cambiamento. Come verrà meglio approfondito in seguito, sul tema del cambiamento esistono in letteratura sostanzialmente due approcci contrastanti:

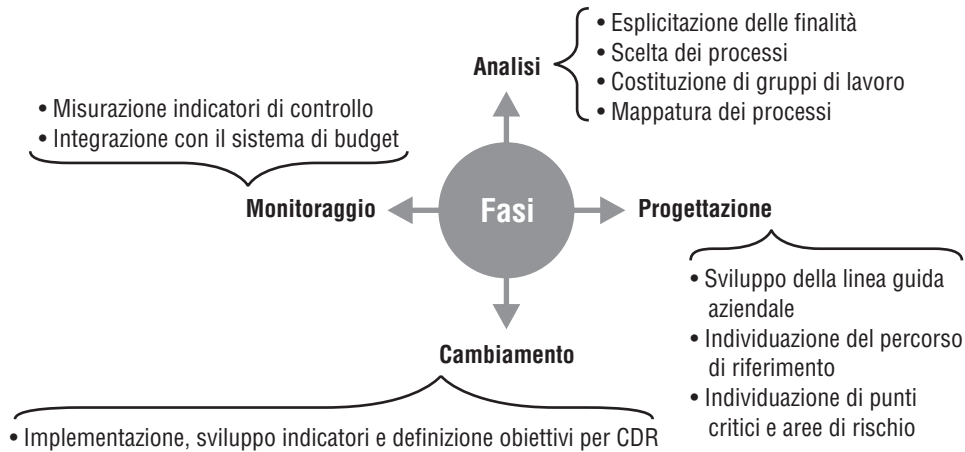
1. l'approccio radicale del *business process reengineering* che parte da una situazione di *tabula rasa*;
2. l'approccio più incrementale che tiene conto della situazione organizzativa di partenza, noto come *business process improvement*.

In ogni caso, a prescindere dall'approccio utilizzato, la riprogettazione dei processi deve essere guidata da uno standard di riferimento rispetto al quale confrontare lo stato attuale delle cose. Nel caso dei processi primari sanitari, lo standard di riferimento aziendale emerge dal confronto con le indicazioni fornite dalla letteratura scientifica o da livelli superiori di governo (per esempio, la regione). Lo sforzo da compiere è quello di adattare le varie linee guida allo specifico contesto organizzativo in cui si opera, arrivando così a definire un percorso di riferimento aziendale.

Una volta individuate le criticità e definiti chiari piani di cambiamento è necessario sperimentare e applicare il processo ridisegnato. Tale fase di cambiamento deve essere accompagnata da efficaci iniziative di informazione e formazione rivolte a tutti gli operatori coinvolti.

Da ultimo, per sostenere e alimentare il cambiamento risulta importante definire efficaci sistemi di monitoraggio per verificare nell'operatività quotidiana se il processo così come è stato ridisegnato viene effettivamente implementato. Nella Fig. 14.2 si propone una sintesi dei contenuti essenziali delle quattro fasi.

Figura 14.2 Le fasi della gestione per processi



Le tre AO osservate hanno implementato le quattro fasi utilizzando, come si dirà in seguito, strumenti e modalità di coinvolgimento dei professionisti assai differenti.

14.3 Le finalità e i meccanismi di selezione dei processi

Quali sono le finalità che le aziende perseguono introducendo sistemi e logiche di gestione per processi? Quali sono i processi (sanitari e non) sui quali intervenire? Queste sono le domande fondamentali a cui rispondere prima di spingersi sulla costruzione di specifiche tecniche.

Come emerge dalla stessa analisi dei tre casi, diversi sono i possibili criteri di selezione e, di conseguenza, gli attori aziendali su cui fare ricadere la responsabilità di individuazione dei processi da riprogettare. In particolare si possono adottare impostazioni maggiormente *top-down*, ovvero dalla direzione generale alle Unità Operative (di seguito UO), oppure seguire modelli *bottom-up* in cui la scelta è demandata alle singole UO che fungono quindi da motore per la direzione aziendale. Le tre aziende, pur riconoscendo l'importanza di coinvolgere tutti gli attori interessati, hanno compiuto le seguenti scelte.

Nell'AO di Novara la selezione dei processi tiene conto delle aree di attività nelle quali i reparti pongono maggiori attenzioni: in particolare ogni UO è chiamata a scegliere quei processi rispetto ai quali ritiene di avere elevati livelli di eccellenza. Per esempio, l'UO cardiologia 2 ha scelto come problema di cura la Sindrome Coronaria Acuta (SCA). In questo caso l'allineamento delle finalità aziendali con quelle dei professionisti, con ruoli in ambito universitario, è tanto più significativa quanto maggiore è l'integrazione tra assistenza, didattica e ricer-

ca e il singolo professionista si sente al centro di un processo di responsabilizzazione attraverso il GC.

A oggi l'AO di Novara ha sotto controllo 65 processi clinici, con l'obiettivo di concluderne la riprogettazione di altri 25 entro la fine del 2006.

Nel caso dell'AO di Modena il primo input per la selezione dei processi è sempre arrivato dalla direzione aziendale, supportata prevalentemente dall'Ufficio qualità. Nella fase di avvio del progetto (1997) si è preferito dare priorità ai processi sanitari di base (vedi par. 14.2.1 per la classificazione dei processi adottata a Modena). In un secondo momento però (2003-2004), in occasione della riprogettazione del sistema qualità, è emersa l'esigenza di allargare il focus sull'intera azienda.

Questa esigenza è stata determinata dal crescere della cultura sul tema della qualità in generale, ma anche dall'azione culturale del Centro per la Valutazione dell'Efficacia dell'Assistenza Sanitaria (CEVEAS). In questo contesto molti professionisti in maniera autonoma e/o supportati dall'Ufficio qualità hanno sentito l'importanza di lavorare sugli standard clinico-assistenziali dei segmenti di processo che gestivano all'interno dell'UO⁵ (percorsi diagnostico-terapeutici).

Da ultimo quindi è emersa la necessità di ricondurre tutto al sistema aziendale nella sua complessità attraverso la costruzione di una mappa esaustiva di tutti i processi, superando la segmentazione per UO. A tal fine, l'Ufficio qualità, durante momenti formativi pianificati, allo scopo di mantenere e sviluppare il sistema qualità, ha chiesto alle varie UO l'elenco dei processi specifici in essere, dove i processi rappresentano le «linee di produzione» all'interno delle quali l'UO opera. Tale sforzo di mappatura ha portato a individuare 73 processi (66 di natura sanitaria, 7 dell'area tecnico amministrativa) e oltre 100 linee di produzione su cui dovranno essere avviate valutazioni con la direzione, i direttori di dipartimento e i direttori di UO sulle performance in essere e decidere se rappresentano percorsi su cui occorre intervenire.

La rappresentazione descritta è rappresentativa di un progetto che si sta sviluppando in questi ultimi tre-quattro anni e che ha come presupposto un sistema informativo che permette l'analisi e la rivisitazione dei processi secondo il modello descritto nel par. 14.5.4.

Quello della selezione dei processi è comunque sempre un procedimento in evoluzione che deve tenere conto non solo delle richieste provenienti dalla direzione aziendale, ma anche delle esigenze poste continuamente dal livello istituzionale a partire dall'ASR (in passato era stata posta attenzione sul programma trapianti di fegato, recentemente sui percorsi relativi a patologie dell'apparato respiratorio).

Nel caso infine dell'AO Sant'Orsola Malpighi è tipicamente la direzione aziendale di concerto con l'Ufficio qualità a promuovere e attivare iniziative di gestio-

⁵ Si fa riferimento in questo caso a processi «specifici» che, pur essendo trasversali, hanno, come punto di riferimento, una specifica UO (neonatologia, pneumologia, e così via).

ne per processi in seguito anche a esplicite indicazioni regionali (per esempio, programma trapianti), mentre i responsabili di dipartimento individuano i processi assistenziali sui quali occorre focalizzare gli sforzi organizzativi e gestionali.

Come evidenziato dalla descrizione delle tre esperienze aziendali, è opportuno sottolineare che nella generalità dei casi le aziende, nella selezione dei processi su cui andare a lavorare, adottano soluzioni «non secche» tra l'approccio *top-down* e *bottom-up*. Solo forse l'AO di Novara ha utilizzato un approccio più orientato alla delega nella scelta sulla selezione dei processi ai professionisti. Si potrebbe arrivare alla generalizzazione per la quale una scelta «secca» tra i due approcci non è fattibile perché all'interno delle burocrazie professionali, quali le aziende sanitarie, non c'è scelta radicale da parte della direzione aziendale che possa esimersi dal consenso dei professionisti e non c'è, d'altro canto, decisione del singolo medico che possa avere una valenza aziendale senza una sponsorizzazione della direzione.

Certo è che le finalità perseguite sono inevitabilmente condizionate dagli attori che in modo prioritario individuano i processi sui quali intervenire: nel caso delle AO di Bologna e di Modena è assai facile che le priorità di intervento ricadano sui processi assistenziali sia a elevata criticità (molta variabilità clinica o organizzativa, numerosità significativa dei casi trattati, utilizzo inappropriato delle risorse ecc.) sia di eccellenza, per i quali occorre consolidare o acquisire standard di qualità per operare come polo di riferimento regionale. Invece nel caso dell'AO di Novara, al fine di allineare le attese del singolo con quelle dell'azienda nella sua unitarietà e di valorizzare appieno le risorse e le competenze a disposizione, si è optato, come visto, per un coinvolgimento diretto dei clinici nel procedimento di selezione dei processi. In questo tipo di approccio esiste, d'altro canto, il rischio che la scelta dei processi venga condizionata dalle attese del singolo professionista, impegnato oltre che nell'assistenza anche nella didattica e nella ricerca. Nel caso dell'AO di Novara comunque, grazie anche al supporto offerto dall'Ufficio qualità, si è sempre ottenuto un giusto equilibrio tra le esigenze dei professionisti e la *mission* aziendale. Nella selezione dei processi infatti la scelta dei professionisti è stata guidata verso quei processi di cura che hanno una certa rilevanza aziendale per quanto riguarda la complessità clinico-assistenziale, l'assorbimento di risorse e la prevalenza epidemiologica.

In tutti e tre i casi le finalità attribuite alla gestione per processi sono state diverse:

- miglioramento della qualità (percepita/manageriale/tecnico specialistica);
- riduzione della variabilità dei comportamenti clinici;
- riduzione del rischio clinico-organizzativo;
- ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse;
- responsabilizzazione sui risultati complessivi di processo;
- integrazione tra professionalità e strutture organizzative.

Altro elemento di rilievo è rappresentato dai confini del processo assistenziale. Se in linea di principio il processo assistenziale ha inizio con la diagnosi di un problema di salute e termina con la sua risoluzione o stabilizzazione (se non cronicizzazione), il fatto che i confini di azienda rappresentano anche il perimetro di governo dei sistemi operativi condiziona enormemente il momento di inizio e di fine del processo. Infatti, in tutte le tre AO il processo ha inizio con l'ingresso del paziente in ospedale (che non sempre coincide con la diagnosi) e termina con la sua uscita: a seconda del problema di salute può verificarsi che il «tratto» ospedaliero del percorso assistenziale coincida solo con il trattamento piuttosto che con la diagnosi, non potendo così gestire l'intera vita «da paziente» dell'utente.

14.4 Progettare il cambiamento: il ruolo dei gruppi di lavoro e degli staff di gestione

Un sistema di analisi e gestione per processi non può prescindere da un adeguato sistema di ruoli e responsabilità. Seguendo anche quanto indicato da altri autori (Oriani 1995) è possibile individuare quattro differenti livelli di responsabilità legati al sistema di gestione per processi:

- responsabilità strategica, che deve essere in capo alla direzione aziendale;
- responsabilità del disegno e del coordinamento dell'intero sistema di gestione per processi, che tipicamente spetta a un ufficio in staff alla direzione aziendale;
- responsabilità nella gestione dei gruppi di lavoro e nella costruzione del percorso, che è di competenza del responsabile di processo (*process owner*);
- responsabilità nell'implementazione e applicazione che ricade invece a livello di UO/dipartimento.

Gruppo di coordinamento – La responsabilità del disegno e del coordinamento del progetto di *reengineering* dei processi viene tipicamente affidata a un ufficio in staff alla direzione aziendale al quale spettano i seguenti compiti (Oriani 1995):

- dare l'impostazione metodologica al progetto;
- convalidare la mappa dei processi e sancire l'individuazione dei processi critici da sottoporre a *reengineering*;
- seguire le varie fasi del progetto tenendo sotto controllo tempistica e risultati;
- seguire e coordinare i lavori dei vari gruppi attivati per ognuno dei processi analizzati;
- riportare alla direzione aziendale in merito ai progressi ottenuti.

In tutte e tre le aziende analizzate, nella generalità dei casi, la responsabilità del disegno e del coordinamento è stata assegnata all'Ufficio qualità⁶.

In generale, nel caso delle aziende sanitarie, tale scelta appare quella più diffusa, l'Ufficio qualità sembra infatti avere le competenze tecniche per sviluppare il metodo della gestione per processi da applicare poi indistintamente sia ai processi primari sanitari sia a quelli di supporto (sanitari e amministrativi). La responsabilità del disegno e del coordinamento potrebbe essere assegnata anche ad altri uffici in staff alla direzione oppure, nei casi in cui il progetto di *reengineering* è particolarmente complesso, è pensabile costituire un gruppo di persone o più semplicemente una figura professionale *ad hoc* con responsabilità appunto di gestione e coordinamento dell'intero sistema di analisi e gestione dei processi.

Gruppo di riprogettazione e responsabile del gruppo di lavoro (process owner) –

Il gruppo di riprogettazione è il gruppo responsabile dell'analisi/riprogettazione del processo ed è solitamente composto da rappresentanti di tutte le UO coinvolte nel processo. Sarebbe importante anche la presenza di rappresentanti di tutti quei servizi di supporto (sanitari e non) che hanno comunque un ruolo rilevante nella predisposizione delle condizioni o degli strumenti necessari per l'esecuzione del processo primario sotto analisi (si pensi, per esempio, ai sistemi informativi o agli acquisti nel caso dei servizi amministrativi di supporto oppure alla farmacia o radiologia nel caso dei servizi sanitari di supporto). I membri del gruppo di riprogettazione, oltre ad avere una buona conoscenza delle modalità di funzionamento del processo, devono anche avere l'autorità per fare applicare le scelte di ridisegno adottate (Oriani 1995). La scelta dei componenti del gruppo risulta quindi fondamentale così come il numero di partecipanti: l'esigenza di rappresentatività delle varie figure professionali e UO coinvolte deve essere bilanciata dalla necessità di avere un gruppo non eccessivamente numeroso pena l'effetto assemblea.

Figura chiave è quella del responsabile del gruppo di lavoro, che ha la responsabilità del coordinamento delle attività del gruppo di riprogettazione e del conseguimento degli obiettivi. Tale figura non deve necessariamente avere un ruolo apicale all'interno dell'azienda, ma deve godere di sufficiente autorità e autorevolezza all'interno del gruppo, deve condividere le logiche dell'iniziativa di gestione dei processi e deve avere tempo sufficiente da dedicare al progetto.

Responsabilità nell'implementazione e applicazione – Spesso (specialmente nel caso dei processi sanitari) accade che, per ovvie ragioni di funzionamento interno, chi ha la responsabilità della gestione dei gruppi (*il responsabile del gruppo di*

⁶ Va a ogni modo segnalato come nel tempo (come già sottolineato si tratta in tutti e tre i casi di esperienze decennali) si siano create, per alcuni processi, soluzioni miste dove il ruolo dell'Ufficio qualità è stato di fatto assunto da altre unità organizzative (per esempio, il controllo di gestione o la direzione sanitaria stessa).

lavoro) non è il responsabile dei risultati del processo nell'operatività quotidiana. In questo modo il responsabile del gruppo ha la responsabilità dei risultati del gruppo di lavoro stesso, ma non ha la responsabilità e il controllo sui risultati che il processo ottiene. Questo *gap* è un aspetto estremamente critico perché può rendere poco efficace il passaggio tra la fase di studio e analisi ed eventuale ripianificazione/riprogettazione e l'applicazione estensiva.

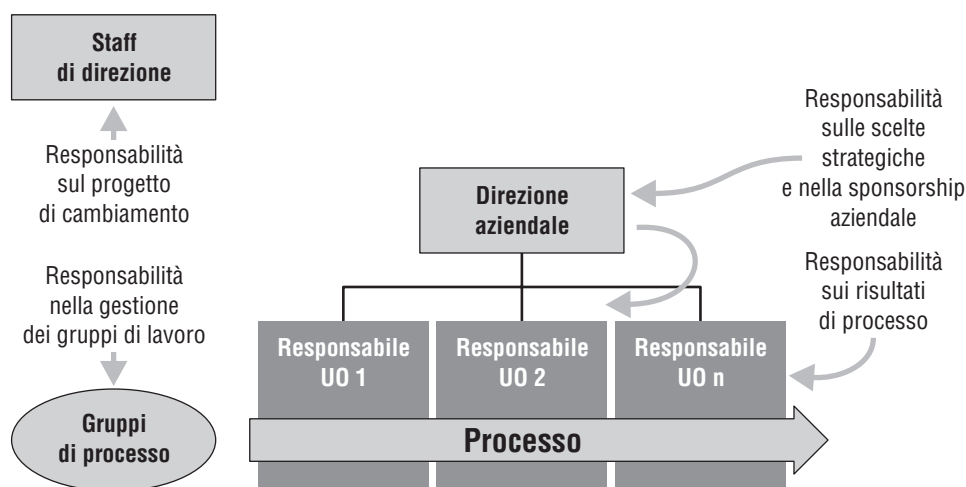
In tutti i tre casi analizzati, questa problematica viene fortemente avvertita dall'Ufficio qualità e dalla direzione aziendale. Proprio al fine di evitare un pericoloso scollegamento tra quanto prodotto dai vari gruppi di lavoro e le prassi quotidiane in tutti i casi analizzati, il responsabile della qualità agisce in due diverse direzioni. Da un lato, punta a un coinvolgimento sistematico e diretto da parte dei direttori delle varie UO, mettendosi in un'ottica di servizio piuttosto che di controllo; dall'altro, cerca di sensibilizzare e coinvolgere la direzione aziendale, cui spetta il compito di responsabilizzare le varie UO sull'importanza di seguire le indicazioni elaborate dal gruppo di progetto.

Nella Fig. 14.3 si rappresentano i livelli aziendali e le responsabilità rintracciate all'interno del progetto di implementazione della gestione per processi.

In sintesi, le tre AO analizzate presentano importanti elementi comuni:

- la responsabilità del disegno e del coordinamento dell'intero sistema di gestione per processi è stata assegnata all'Ufficio qualità;
- la modalità di lavoro più diffusa è quella dell'attivazione di gruppi di lavoro, uno per ogni processo analizzato. Su questo aspetto esistono però differenze anche significative. Nel caso dell'AO Sant'Orsola Malpighi la modalità di lavoro per gruppi rappresenta la prassi, tutte le decisioni vengono prese ope-

Figura 14.3 **Le responsabilità nei progetti di gestione per processi**



rativamente da tutto il gruppo di lavoro multidisciplinare. Nell'AO di Novara si ricorre al gruppo di lavoro solo nella fase finale per ottenere il consenso formale. L'AO di Modena invece presenta una situazione più differenziata. In molti casi esiste ed è attivo il gruppo di lavoro formalizzato dalla direzione aziendale/sanitaria, in altri, in particolare, quando si tratta di processi specifici interni a una UO, l'Ufficio Qualità fornisce un supporto più che a un gruppo alla persona/e che il direttore individua come referente di quella patologia. Solo alla fine il lavoro è condiviso con tutti gli operatori e viene chiesta l'approvazione del direttore dell'UO.

- tutti e tre gli Uffici qualità investono tempo ed energie nei rapporti con i responsabili di UO. Un sistema di gestione per processi, per essere efficace, non può prescindere dall'appoggio e consenso dei direttori delle UO che, in ultima analisi, hanno la responsabilità di approvare il modello organizzativo e di avallare e rendere operative le proposte di riprogettazione;
- nelle tre esperienze aziendali appare importante il ruolo della direzione aziendale nel supportare/sponsorizzare il sistema di gestione per processi, stimolando le varie UO ad adottare comportamenti coerenti con le indicazioni provenienti dal gruppo di processo. D'altro canto, in tutte e tre le aziende, il sistema ha assunto negli anni una legittimazione e autonomia sufficiente per renderlo in questo modo immune rispetto ai cambiamenti del vertice aziendale.

14.5 Analisi e riprogettazione dei processi

14.5.1 Descrizione dei processi

Come già indicato, un processo in generale è caratterizzato da una serie di fasi e attività che hanno un inizio e una fine chiaramente individuabili. Tali attività possono svolgersi in modo sequenziale oppure in parallelo. Una delle tecniche più diffuse per la rappresentazione grafica dei processi è quella del diagramma di flusso (*flow chart*). Tale metodologia rappresenta il processo come una serie di attività che si susseguono secondo una logica sequenziale e temporale. In particolare l'obiettivo è quello di esplicitare i vari nodi decisionali presenti lungo il processo associando a questi specifici criteri di ingresso e di uscita. In questo modo risulta più facile governare e ottimizzare i vari percorsi dei pazienti, definire un più chiaro sistema di responsabilità e individuare quali indicatori andare a monitorare rispetto ai punti più critici del percorso.

La rappresentazione per diagrammi di flusso è stata adottata nell'AO di Novara e all'AO Sant'Orsola Malpighi.

In particolare il Sant'Orsola Malpighi prevede l'utilizzo di due ulteriori strumenti:

- la «scheda processo». Attraverso questo strumento condiviso con i gruppi di

lavoro, si è proceduto all'individuazione di input, output, obiettivi, fasi del processo, indicatori, documenti di riferimento e responsabilità coinvolte;

- la «matrice delle relazioni» tra i processi. Essa è stata impiegata per definire i punti di collegamento tra i diversi processi (sanitari e non) e per esplicitare in maniera chiara gli indicatori per la misurazione in stretto collegamento con gli obiettivi del processo stesso.

Nel caso dell'AO di Novara, sempre attraverso la metodologia del *flow chart*, vengono rappresentati graficamente gli accessi della persona assistita nelle varie UO dell'azienda evidenziando il regime assistenziale e i tempi medi previsti per il completamento del percorso di salute.

In questo modo vengono prese in considerazione le variabili di struttura, tempo, luogo, risorse e regime assistenziale⁷. Per ogni episodio del percorso organizzativo vengono indicati:

1. i consulti sanitari (le prestazioni sanitarie, assistenziali e tecniche fornite da medico/caposala/infermiere/consulente);
2. la documentazione da produrre;
3. gli esami ed eventuali interventi;
4. l'assistenza infermieristica specialistica richiesta;
5. gli elementi informativi che devono essere necessariamente forniti al paziente e alla famiglia durante l'episodio assistenziale;
6. l'elencazione della terapia farmacologica da attuare;
7. i traguardi sanitari (per esempio, «Traguardi sanitari episodio visita preoperatoria: formulazione giudizio idoneità all'intervento/operabilità, inquadramento in classe ASA⁸);
8. la valutazione del rischio clinico (elencazione dei fattori di rischio di errore e delle procedure ad alta complessità con individuazione dell'indice di probabilità di rischio).

Nel caso dell'AO di Modena, la tecnica del diagramma di flusso è stata utilizzata in una prima fase. Con l'implementazione però di un sistema informativo *ad hoc*, tale tipo di rappresentazione è stata sostituita quasi completamente da un approccio ordinato e facilmente leggibile di scomposizione del processo in macrofasi, fasi e attività secondo quello che è l'andamento temporale di successione degli eventi.

⁷ Classificazione del rischio in anestesia.

⁸ Come verrà meglio approfondito nel corso del par. 14.5.3 nel caso dell'AO di Novara la costruzione del percorso clinico organizzativo è preceduta dalla costruzione del *flow chart* del ragionamento clinico. In questo caso vengono rappresentati solo i passaggi logici del pensiero clinico senza annotazioni di tempo o di luogo/regime assistenziale. Il ragionamento clinico è così scevro da qualsiasi problematica legata a luogo, organizzazione, struttura, tempi e regimi assistenziali.

Per esempio, il processo ricovero programmato (processo sanitario generale) è caratterizzato da una serie di macrofasi quali

- inserimento in lista;
- prericovero;
- accettazione;
- ricovero;
- dimissioni;
- *follow-up*.

A ciascuna macrofase corrisponde poi una serie di attività. Nel caso, per esempio, della macrofase ricovero abbiamo:

- prescrizione farmaci ed esami diagnostici;
- gestione farmaci e stupefacenti;
- medicazioni;
- mobilitazione del paziente;
- igiene del paziente;
- alimentazione;
- richiesta consulenze mediche;
- gestione emergenza cardiologia;
- esecuzione indagini invasive;
- gestione referti anatomia patologica ecc.

Il processo con le sue macrofasi e fasi è rappresentato graficamente in modo chiaro e conciso all'interno di una schermata di uno specifico software di analisi dei processi in cui vengono riportate anche le responsabilità, i riferimenti legislativi e gli indicatori.

14.5.2 Logiche di riprogettazione

Come introdotto precedentemente, all'analisi dei processi dovrebbe seguire una fase di riprogettazione del processo finalizzata alla risoluzione delle criticità riscontrate. Sul tema della riprogettazione (o, se si preferisce, del *reengineering*) dei processi si è sviluppato, soprattutto nell'ambito delle imprese di produzione, un ricco filone di letteratura. In estrema sintesi, esistono due diversi approcci:

- approccio «radicale» del *Business Process Reengineering* (BPR);
- approccio «gradualista» del *Business Process Improvement* (BPI).

L'approccio radicale (formulato per la prima volta da Hammer nel 1990), si fonda sul principio della necessità di pensare la gestione per processi «a prato verde», non considerando cioè gli attuali assetti organizzativi interni come un

vincolo o dato di partenza. Gli assetti aziendali si sviluppano e si consolidano mantenendo una propria inerzia che non è possibile contrastare efficacemente con interventi correttivi parziali. Di conseguenza, l'unica soluzione per raggiungere i risultati attesi in termini di performance dei processi gestionali è il ripensamento di fondo degli assetti organizzativi nell'ottica dei processi e la loro riprogettazione complessiva.

L'approccio gradualista alla reingegnerizzazione, o BPI (Davenport 1993; Johansson *et al.* 1993; Morris 1995) parte dalle critiche all'approccio «radicale», considerato poco realistico. A differenza quindi del BPR, l'approccio gradualista alla reingegnerizzazione parte dalla mappatura e dalla rappresentazione della configurazione attuale dei processi (processo *as is*).

L'analisi del processo *as is* consente di individuare le criticità e i vincoli organizzativi che non permettono il raggiungimento delle performance attese di processo. Le criticità possono essere riconducibili alle prassi operative (sequenza e modalità di svolgimento delle attività, interazioni organizzative orizzontali e verticali attivate), alla cultura organizzativa diffusa (propensione all'integrazione e allo scambio informativo, disponibilità al confronto ecc.), agli strumenti di supporto (per esempio, inadeguatezza dei sistemi informativi), al *layout* fisico delle strutture.

Secondo quindi l'approccio incrementale l'attuale assetto organizzativo, con i propri vincoli e problemi, rappresenta il contesto di riferimento all'interno del quale impostare progetti di riprogettazione e miglioramento, cercando di arrivare a una nuova configurazione del processo (processo *to be*) capace di generare le performance attese.

Nel settore sanitario, l'approccio incrementalista viene tipicamente preferito a un approccio stile *tabula rasa* in quanto più coerente con le caratteristiche di inerzia e le resistenze culturali tipiche di organizzazioni professionali quali sono le aziende sanitarie. Inoltre, l'approccio gradualista consente una maggiore aderenza alla realtà organizzativa e permette di ottenere risultati immediati con modifiche organizzative minime. Come verrà descritto nel proseguo, le tre AO hanno adottato approcci alla riprogettazione dei processi differenti, anche se riconducibili in tutti e tre i casi alle logiche dell'approccio incrementale. Si è infatti sempre partiti da un'analisi della situazione esistente per processo individuato, per poi esplicitare le criticità esistenti e formulare delle soluzioni. È da osservare che, se per gli standard diagnostico-terapeutici sono stati utilizzati i *benchmark* della ricerca scientifica e dell'EBM, per quelli organizzativi sono state trovate soluzioni contingenti piuttosto che mutuare da altre AO (per esempio, modalità di distribuzione dei farmaci, comunicazione al paziente ecc.).

Va a ogni modo segnalato che l'approccio gradualista deve però allo stesso tempo:

1. permettere ai professionisti di non sentirsi vincolati e quindi avere alibi per non fare;

2. essere capace di individuare, in una prospettiva sistemica, tutte le maggiori criticità senza cadere nel rischio di radicalizzare errori organizzativi già presenti.

14.5.3 Definizione degli standard di processo e del percorso di riferimento

Nel caso delle aziende sanitarie, la fase di analisi dei processi e di definizione delle criticità viene seguita dall'identificazione di un percorso di riferimento. Nel caso specifico dei processi sanitari, il percorso di riferimento coincide con il cosiddetto Percorso Diagnostico Terapeutico e Assistenziale (PDTA). Esso rappresenta la sequenza spaziale e temporale delle attività che devono essere svolte da professionisti diversi, che operano anche in ambiti assistenziali differenti, per dare la migliore risposta assistenziale al paziente; migliore rispetto agli standard clinici, organizzativi ed economici relativi a un determinato contesto (Tozzi 2004). In generale per il PDTA, in quanto prodotto della fase di riprogettazione, deve intendersi il percorso organizzativo più efficiente e più adatto a realizzare le performance attese del processo (efficacia).

In ogni caso il percorso di riferimento non va confuso con altri possibili strumenti quali le linee guida e i protocolli⁹. Come si è osservato nelle tre esperienze aziendali, linee guida e protocolli vanno ad alimentare il percorso di riferimento aziendale. Per esempio, all'interno del percorso di riferimento della SCA si può fare cenno a una particolare procedura da seguire nelle operazioni di accettazione oppure per i criteri di ingresso da seguire al triage si può rimandare a una specifica linea guida (regionale, nazionale oppure internazionale). È però importante che i contenuti delle linee guida siano convalidati da tutti i professionisti operanti in azienda e adattati al contesto clinico e organizzativo locale in modo da definire uno strumento flessibile capace di offrire un valido supporto all'attività dei professionisti.

Per arrivare a costruire un percorso di riferimento è possibile anche intraprendere esperienze di *benchmarking* sui processi. Le iniziative di *benchmarking*, per essere efficaci, devono però essere strutturate e condivise e devono superare le inevitabili difficoltà nel riconoscersi in esperienze di altri. In generale comunque le modalità e gli strumenti utilizzati per la costruzione del percorso di riferimento sono diversi e possono variare da azienda ad azienda.

Nel caso dell'AO Sant'Orsola Malpighi un buon esempio di costruzione di un

⁹ Il protocollo è un insieme di regole da seguire nell'espletamento di determinate attività (per esempio, esecuzione esami diagnostici, operazioni di triage al PS, caterizzazione vescicole e così via) mentre la linea guida identifica la migliore modalità clinico-assistenziale di trattamento di un problema di salute tra quelli sperimentati a livello internazionale. Esistono diverse possibili autorevoli fonti primarie di linee guida:

1. Regione;
2. Ministero;
3. società scientifiche;
4. agenzie internazionali (come, per esempio, il NICE nel Regno Unito).

percorso di riferimento a partire da linee guida prodotte a livello regionale è rappresentato dal processo di gestione dei trapianti. A oggi all'AO Sant'Orsola sono attivi quattro programmi di trapianto: fegato, cuore, rene e polmone. Per ogni processo di trapianto è stato attivato uno specifico gruppo di lavoro che prevede la partecipazione del responsabile di progetto, di tre responsabili di fase (medici), di un coordinatore infermieristico, di un rappresentante dell'Ufficio qualità, del referente della direzione medica ospedaliera e del referente della Direzione del Servizio Infermieristico e Tecnico (DSIT). Il gruppo è di fatto a geometria variabile: la parte organizzativa e di coordinamento (gestita dall'Ufficio qualità) prevede partecipazioni differenziate a seconda degli argomenti.

Il metodo di lavoro seguito nel caso dei trapianti viene praticato anche nel caso degli altri processi. Ai gruppi di lavoro, oltre all'analisi del processo *as is* spetta anche la responsabilità di contestualizzare e declinare alla specifica realtà aziendale dell'AO Sant'Orsola Malpighi le linee guida e le raccomandazioni sviluppate a livello nazionale, regionale oppure internazionale.

Nel fare questo si cerca di tenere in considerazione le esigenze dei clinici e i vincoli dati dal contesto organizzativo. L'adattamento delle indicazioni alla realtà dell'AO Sant'Orsola avviene soprattutto in tutti quei casi in cui, sulla base delle indicazioni espresse dai professionisti, è «ragionevole» ritenere che ciò che è effettuato nel quotidiano non consentirebbe certamente di ottenere i risultati attesi indicati nelle linee guida.

Per quei processi in cui non esistono esplicite indicazioni esterne, sono stati definiti obiettivi quantitativi e qualitativi aziendali e il processo è stato costruito per fare in modo che gli obiettivi specifici potessero essere raggiunti.

Tutti i gruppi di processo sono poi tenuti ad aggiornare periodicamente i direttori delle UO sullo stato di avanzamento dei lavori.

Nel caso dell'AO Sant'Orsola la riprogettazione è stata impostata secondo un approccio graduale e incrementale. In particolare nel caso dei trapianti, oltre alle già citate motivazioni che nel caso delle aziende sanitarie portano a non utilizzare l'approccio radicale, esistevano riferimenti regionali (anche abbastanza specifici) che limitavano la possibilità dei singoli attori nell'attività di ridefinizione completa del processo stesso. Questo aspetto, da non intendersi necessariamente come negativo, ma come un vincolo da rispettare, ha ovviamente condizionato il disegno del processo di riprogettazione.

Nell'AO di Novara la definizione del PDTA presenta caratteristiche differenti e, sotto certi aspetti, del tutto innovative. Il punto di partenza è infatti rappresentato non tanto dal contenuto delle linee guida, ma dal cosiddetto «ragionamento clinico», inteso come declinazione logica e sequenziale di tutti gli episodi assistenziali e delle relative decisioni cliniche che devono essere idealmente erogati al paziente. In questa fase iniziale è previsto il coinvolgimento del direttore dell'UO che ha scelto di lavorare su quel particolare processo di cura (vedi par. 14.3 per i criteri di selezione dei processi nel caso dell'AO di Novara) e del responsabile dell'Ufficio qualità. Una volta esplicitata la sequenza delle attività clinico-assi-

stenziali, questa viene confrontata con la letteratura. Il ragionamento clinico viene quindi allineato con le evidenze scientifiche. È l'Ufficio Qualità che ha la responsabilità di controllare trimestralmente la produzione scientifica internazionale e di aggiornare le varie UO sulle ultime novità. Ogni UO può accedere attraverso l'intranet aziendale al database delle linee guida.

Una volta apportate le modifiche resesi necessarie in seguito al confronto con la letteratura scientifica, la sequenza ottimale delle attività clinico-assistenziali viene validata con un consenso formale da parte del gruppo multidisciplinare. Da ultimo il ragionamento clinico viene declinato nelle variabili organizzative con la specificazione degli intervalli temporali e dei regimi assistenziali in cui i singoli episodi assistenziali vengono erogati. Il percorso organizzativo così identificato è quindi di nuovo sottoposto al consenso del gruppo di lavoro.

Questo iter porta alla produzione di due distinti documenti: il documento contenente il ragionamento clinico e quello che definisce il percorso organizzativo del paziente. In entrambi i documenti viene utilizzata la rappresentazione grafica del diagramma di flusso. Nel caso del ragionamento clinico il diagramma riporta nel dettaglio tutti i principali criteri di ingresso e uscita per i vari possibili percorsi clinici del paziente focalizzandosi in particolare su gli aspetti più critici, in modo tale da avere comunque un documento leggero.

La metodologia adottata dall'AO di Novara incentiva una sistematica revisione del modo di operare, con un costante rimando a verificare se gli episodi assistenziali e i criteri decisionali poggino su conoscenze sicure e verificate.

Per chiarire meglio la metodologia utilizzata nell'AO di Novara, prendiamo il caso specifico del processo di cura della Sindrome Coronarica Acuta (SCA). Tale processo è stato individuato dall'UO cardiologia II come processo su cui lavorare secondo il sistema di gestione per processi assieme all'Ufficio qualità. In primo luogo attraverso il ragionamento clinico è stata esplicitata una serie di criteri che portano a stabilire l'esistenza di un'alta probabilità di SCA per un dato paziente. Tali criteri, frutto dell'attività di *brain storming* compiuta dall'Ufficio qualità assieme al direttore dell'UO cardiologia II, vengono poi confrontati con le evidenze provenienti dalla letteratura scientifica.

Una volta sviluppato il ragionamento clinico e definiti criteri uniformi di ingresso e di uscita, supportati dalla letteratura scientifica e validati dal gruppo multidisciplinare, si costruisce il percorso organizzativo. In questo caso, si dà per scontato il ragionamento clinico, cui si fa riferimento attraverso un sistema di note numeriche, e ci si concentra sul percorso fisico e organizzativo del paziente. Nel caso specifico il percorso fisico del paziente con SCA è trasversale rispetto a una serie di UO e spazi fisici diversi, per esempio:

- il pronto soccorso;
- l'ambulatorio cardiologico;
- la terapia intensiva;
- l'area di degenza della cardiologia.

In questa sede si cerca di mettere in secondo piano gli aspetti clinici per far emergere maggiormente le criticità organizzative quali colli di bottiglia, ridondanze (per esempio, accessi ripetuti) carenza di posti letto e così via.

La scelta di anticipare il ragionamento clinico alla costruzione del percorso organizzativo non è casuale: secondo l'approccio adottato dall'Ufficio qualità, il ragionamento clinico sulla migliore cura possibile da offrire al paziente deve essere il più possibile svincolato dall'attuale percorso organizzativo. Solo in seconda battuta, una volta trovato accordo e consenso sul ragionamento clinico, si procede a contestualizzarlo nel percorso organizzativo. In un certo qual modo la metodologia di costruzione del percorso di riferimento nell'AO di Novara è quella più vicina alle logiche del BPR: il ragionamento clinico avviene infatti in un'ipotetica situazione *tabula rasa* in cui l'attuale vincolo organizzativo non viene tenuto in considerazione. Almeno a livello teorico, esiste la possibilità che il percorso clinico risultante dal ragionamento clinico sia del tutto avulso dalla realtà organizzativa e, conseguentemente, difficilmente realizzabile. Tale possibilità rimane solo teorica; i professionisti, infatti, nello sviluppo del ragionamento clinico tengono comunque in considerazione il contesto organizzativo in cui si trovano a operare. A ogni modo il messaggio forte legato a questa metodologia è che, in linea teorica, sono le variabili organizzative a doversi modulare secondo le necessità del ragionamento clinico e non viceversa. In questa prospettiva situazioni in cui il migliore percorso clinico non è nei fatti realizzabile dovrebbero spingere a un radicale ripensamento delle variabili organizzative.

Nel caso dell'AO di Modena la costruzione del percorso di riferimento si è da sempre, e in particolare negli ultimi anni, fortemente caratterizzata per lo stretto legame con i meccanismi di gestione e prevenzione del rischio. In particolare l'analisi dei processi è stata impostata con l'obiettivo specifico di individuare le principali aree di criticità di ogni processo. La metodologia verrà descritta nel paragrafo successivo in cui si analizzerà più in dettaglio il rapporto tra analisi per processi e gestione del rischio.

14.5.4 Analisi dei processi e gestione del rischio

Negli ultimissimi anni il tema del *clinical risk management* ha assunto una importanza sempre più centrale all'interno delle aziende sanitarie. Spesso però il tema del governo del rischio è stato fortemente legato alle questioni più prettamente legali e assicurative: le aziende sanitarie si sono infatti trovate nel giro di pochi anni a fronteggiare un aumento esponenziale di richieste di risarcimento danni da parte dei pazienti e conseguentemente un aumento vorticoso dei premi assicurativi (Cosmi e Del Vecchio 2003). Come indicato in letteratura (per una *overview* dei principali contributi si veda il documento della Commissione tecnica sul rischio clinico 2003), il passaggio logico dall'accezione dell'errore come *malpractice* a quella di presidio delle condizioni di potenziale non appropriatezza per ridurne

l'incidenza può avvenire solo attraverso un approccio proattivo al rischio basato sui criteri e le logiche della gestione per processi.

È cioè importante definire con chiarezza la sequenza spaziotemporale delle attività che vengono compiute nei confronti di specifiche categorie di pazienti e individuare conseguentemente le aree più rischiose ovvero considerate a maggiore probabilità di errore. Un'efficace gestione dei rischi non può prescindere da una conoscenza dei processi erogativi presenti in azienda. Solo conoscendo ciò che si fa è possibile implementare un'efficace politica proattiva di prevenzione dei rischi. Analisi di tipo reattivo, ancorché essenziali e doverose in un progetto di gestione del rischio, offrono solo un'immagine parziale degli effettivi rischi aziendali. Partendo infatti solo da una disamina *ex post* (attraverso un'analisi degli eventi negativi, errori, quasi errori, reclami, azioni legali e così via) si rischia di non tenere in considerazione alcune potenziali pericolose aree di rischio.

Su questo punto sicuramente entrano in gioco anche aspetti di natura etica. È risaputo infatti che anche se certi processi sono fuori controllo e a elevato rischio, la probabilità che l'errore venga segnalato e si tramuti conseguentemente in un reclamo formalizzato o in una richiesta di risarcimento danno rimane bassa. Quale infatti la probabilità di ricevere una denuncia per errori commessi durante il processo di cura del paziente psichiatrico oppure nel caso del processo di trattamento chemioterapico per pazienti oncologici terminali? In questo caso si iniziano a toccare anche questioni di natura etica: esiste da parte del management delle aziende sanitarie una responsabilità etica per il miglioramento della sicurezza e della qualità di tutti i processi aziendali a prescindere dalla loro rilevanza e visibilità? Come si può accettare che di fronte a un evento grave si scopra che quel processo non è assolutamente sotto controllo e risulta evidente che lavorando in quelle condizioni prima o poi l'evento sarebbe accaduto?

Le argomentazioni sopra esposte sono più che sufficienti a dire che un approccio proattivo che passa attraverso un governo (analisi, valutazione e miglioramento) dei processi deve rappresentare il punto di partenza di qualsiasi progetto di *risk management*, ovviamente integrato da un approccio reattivo adeguato al contesto. Tutte le tre aziende hanno sposato l'idea di attivare anche un approccio proattivo alla gestione del rischio e stanno quindi cercando di inquadrare il tema dell'errore all'interno della metodologia già rodada utilizzata nel caso della gestione per processi.

A oggi l'AO di Modena, dove peraltro è già attivo anche un gruppo di gestione del rischio che sta sviluppando un progetto di *incident reporting* a livello aziendale, sembra essere quella più avanti nel legare la metodologia della gestione per processi al tema della prevenzione del rischio. Nell'analisi dei processi, ogni processo viene scomposto in macrofasi e attività. Al fine di legare l'analisi del processo alla gestione del rischio, per le attività più critiche vengono individuati:

1. i tipi di rischi associati;
2. l'indice di rischio;

3. il comportamento atteso necessario per prevenire il verificarsi del rischio e il relativo indicatore per monitorare eventuali scostamenti tra comportamento atteso e comportamento effettivo.

L'indice di rischio viene calcolato seguendo la metodologia *Failure Mode Effects and Criticality Analysis* (FMECA, Commissione tecnica sul rischio clinico 2003): a ogni rischio individuato si attribuisce un punteggio numerico dato dal prodotto tra la probabilità di accadimento del rischio e la relativa gravità (gravità legata al danno associato). Nel caso del livello di gravità la scala va da 0 a 8, nel caso della frequenza la scala va da 0 a 5. L'attribuzione del punteggio viene lasciata ai singoli professionisti. Sono infatti i professionisti quelli che hanno la conoscenza più approfondita dei processi e riescono quindi, più di altri, a stimare la frequenza e il livello di gravità di determinati rischi.

I comportamenti attesi tengono ovviamente conto di indicazioni/direttive regionali e delle caratteristiche del contesto locale.

La definizione dei comportamenti attesi è espressione della competenza ed esperienza dei professionisti che operano sul campo e di chi li supporta nell'individuazione della soluzione più appropriata ed efficace a gestire il rischio identificato e/o raggiungere l'obiettivo prescelto. Se questa fase è ben gestita si limiterà anche la quantità di «carta» prodotta evitando quindi la produzione di documentazione voluminosa e poco funzionale (spesso un limite evidenziato dai tradizionali sistemi di qualità e accreditamento).

Secondo la metodologia adottata dall'AO di Modena, per quelle fasi/attività giudicate più critiche e pericolose si individuano i diversi possibili tipi di pericolo, si attribuisce a ciascuno il relativo indice di rischio, si definiscono i comportamenti attesi per evitare il verificarsi dei rischi segnalati e si individua un indicatore per verificare eventuali scostamenti tra comportamenti reali e comportamenti attesi.

A titolo esemplificativo prendiamo il caso dell'attività «gestione dell'emergenza cardiologia intraospedaliera» nella fase «ricovero» del processo generale «ricovero ordinario». In questo caso sono stati individuati tre diversi tipi di rischio:

1. mancato riconoscimento dell'arresto;
2. mancato allertamento (nei tempi previsti) dell'équipe avanzata (rianimatori);
3. mancato trattamento (per mancanza del carrello e/o del defibrillatore ecc.).

Sono stati poi esplicitati i comportamenti attesi che prevedevano, fra l'altro, che:

1. all'interno di ogni struttura deve essere prevista una formazione minima sul riconoscimento dell'arresto cardiocircolatorio;
2. il direttore della struttura e il coordinatore infermieristico devono avere evidenza dello stato di formazione del proprio personale.

Inoltre è stato pubblicizzato un numero telefonico di facile impatto (3999) con un cartello ben evidente posizionato vicino a ogni telefono, è stata predisposta una scheda di rilevazione di tutti gli eventi ed è stato implementato un sistema di monitoraggio dei risultati ed eseguita un'attività di audit.

La descrizione dei comportamenti attesi e tutte le iniziative pianificate compresi i controlli confluiscono nella documentazione del processo che presenta una struttura differente in funzione della tipologia di attività (più o meno complessa) e dell'uso a cui è destinata.

Infine il sistema informativo permette di organizzare tutti i rischi così identificati, di estrarli e ordinarli secondo diversi possibili criteri:

1. livello di rischio (frequenza e/o gravità);
2. tipologia di processo;
3. stato dell'arte dei controlli.

È durante la definizione dei comportamenti attesi, si pensi a tutte le situazioni in cui si deve definire una richiesta minima di prestazioni diagnostiche, strumentali e/o scegliere un trattamento farmacologico, che si fa riferimento a linee guida e/o eventuali indicazioni regionali.

14.6 Il monitoraggio dei processi

Il processo di monitoraggio si caratterizza per scelte differenti rispetto al sistema di raccolta delle informazioni e all'utilizzo dei dati derivanti dal monitoraggio. Relativamente al primo punto, si osserva che l'alimentazione del monitoraggio può avvenire in modo *bottom-up*, utilizzando i dati derivanti da cartella clinica, oppure *top-down*, partendo dai dati complessivi aziendali. Si tratta di due diverse modalità di raccolta dei dati che rispondono a esigenze diverse e che spesso vengono utilizzate congiuntamente.

Relativamente al secondo punto, i dati derivanti dal monitoraggio possono essere utilizzati per riorientare il comportamento dei professionisti utilizzando altri sistemi operativi quali una reportistica *ad hoc* piuttosto che il *budgeting* o il sistema informativo aziendale oppure sviluppando dei processi di *peer review* all'interno del gruppo di lavoro che ha mappato il processo e definito il percorso di riferimento. Le due opzioni si differenziano perché nel primo caso la gestione per processi viene supportata dai sistemi operativi, mentre nel secondo opera attraverso le relazioni tra professionisti all'interno dei gruppi di lavoro.

Di seguito vengono presentate le tre esperienze aziendali rispetto al tema del monitoraggio dei processi.

Nel caso dell'AO Sant'Orsola Malpighi, il monitoraggio si basa fondamentalmente su audit sul campo per valutare il *gap* esistente tra quanto effettivamente accaduto e il percorso di riferimento/PDTA.

La modalità di audit (pianificato ed eseguito annualmente) prevede sia l'effettuazione di vere e proprie valutazioni di sistema (cioè verifiche sul campo eseguite da valutatori esperti di branca che valutano la gestione organizzativa delle attività), sia da analisi (sempre sul campo) di elementi specifici come per esempio, la corretta compilazione della cartella clinica o la gestione della terapia trasfusionale o del consenso informato, condotte grazie a professionisti formati appartenenti alla rete della qualità che raccolgono i dati e li inviano ai direttori di dipartimento e di UO per le opportune azioni di miglioramento. Per alcuni indicatori che sono anche oggetto di dichiarazione da parte dell'UO nei confronti dell'utente e quindi sono esplicitati nella cosiddetta «Guida all'utente» (cioè il documento che rappresenta l'insieme degli standard che ogni UO si impegna a garantire), si comunica al cittadino il risultato dell'azione attivata e l'impegno nella risoluzione del problema evidenziato.

Accanto a questa modalità sono stati individuati indicatori specifici che hanno l'obiettivo di monitorare situazioni di particolare rischio. Per questi indicatori (per esempio, collegati alla terapia trasfusionale, alla corretta preparazione del paziente all'intervento chirurgico ecc.) sono stabilite anche le modalità organizzative per la gestione dell'eventuale evento negativo. In questo senso non si tratta solo di un sistema di monitoraggio ma anche di definire una modalità il più possibile standardizzata per la gestione dell'evento avverso.

Al fine di facilitare la fase di raccolta ed elaborazione dati per ogni indicatore è stato stabilito:

- lo standard per le fasi di ogni processo;
- le modalità di monitoraggio;
- il sistema (*report* ma anche frequenza) di raccolta;
- le responsabilità di raccolta.

Periodicamente la direzione di UO (ma anche in alcuni casi dove l'esperienza è più avanzata il responsabile del processo) effettua una valutazione strutturata dell'andamento degli indicatori individuati (riesame della direzione). L'analisi è eseguita insieme alle funzioni responsabili dei risultati da raggiungere e conduce, sulla base dei risultati degli indicatori definiti, a una valutazione dell'andamento dei processi, confrontando risultati e obiettivi. A seguito di eventuali valutazioni negative sono stabilite le azioni da eseguire (responsabilità, tempi e contenuto) per riportare il processo all'interno dei limiti prefissati. Nell'esperienza bolognese ciò che ha determinato un significativo rallentamento dei tempi è stata la tendenza a dotarsi di dati che fossero precisi, corretti e puntuali. Tale tensione, per quanto legittima, ha rischiato di non fornire una base di riferimento per valutare e intervenire sui fenomeni in corso, non garantendo risposte organizzative tempestive laddove era prioritario individuare «manovre correttive» piuttosto che conoscere in dettaglio il fenomeno.

Per quanto riguarda la valutazione dei professionisti, ogni direttore di UO

dispone di uno strumento per la valutazione e la pianificazione della formazione del personale con il quale valuta e registra la competenza acquisita da parte dei professionisti dell'équipe rispetto ai temi/argomenti collegati con i processi gestiti dall'UO stessa.

Presso l'AO di Modena il sistema di monitoraggio dei processi, oltre alla funzione di controllo esercitata dall'Ufficio controllo di gestione¹⁰, segue due percorsi ben distinti.

Innanzitutto le UO hanno posto in essere una serie di sistemi di rilevazione di indicatori di performance cliniche che tengono conto delle richieste regionali (per esempio, trapianti, rianimazione, emodinamica, neonatologia ecc.) e di esigenze specifiche individuate durante l'analisi dei processi. In questa attività le UO vengono supportate dall'Ufficio qualità che predispone software specifici per la raccolta ed elaborazione dati (per esempio, sono stati creati software specifici per l'ictus, l'area parto, la rianimazione ecc.). L'Ufficio qualità ha anche predisposto un database, integrato con il software di gestione per processi, che permette di gestire l'elenco di tutti gli indicatori misurati.

Infine, il secondo strumento di monitoraggio è rappresentato dall'attività di audit interno. Tale metodologia di controllo è stata particolarmente significativa nei primi anni di sviluppo del progetto. Recentemente l'attività di audit è stata riprogettata alla luce del nuovo approccio e delle possibilità offerte dal sistema informativo che permette di fare una selezione a monte dei rischi oggetto dell'audit e pianificare in maniera più efficace l'audit stesso.

Nel caso dell'AO di Novara la definizione degli indicatori di controllo per il monitoraggio segue le logiche di costruzione del percorso di riferimento (cfr. par. 14.5.3). Sono infatti previsti due differenti tipi di indicatori: di tipo clinico e di tipo organizzativo. Per quanto concerne la raccolta dei dati, un primo strumento è costituito dall'audit di caso clinico. L'audit viene condotto sulle cartelle cliniche, che vengono verificate dal referente di reparto con l'aiuto di un metodologo che assicura la sistematicità dei controlli. Le cartelle da esaminare sono selezionate con un campionamento mirato in modo da concentrare i controlli sulle cartelle nelle quali è più probabile riscontrare uno scostamento rispetto a quanto previsto dal percorso clinico. Un esempio in tale senso può essere costituito dalla selezione, per il controllo del percorso clinico della cataratta, di tutte le cartelle che hanno erogato la prestazione in regime ordinario. Tale criterio di sospetto deriva dall'aver definito nel percorso clinico quale regime appropriato il *day surgery*.

¹⁰ Nell'AO di Modena, così come peraltro nelle altre due aziende analizzate, il monitoraggio dei processi viene di fatto esercitato indipendentemente anche dalla direzione aziendale che svolge un'attività di monitoraggio rispetto a una serie di indicatori relativi in modo particolare a processi sanitari di base (si pensi al percorso del paziente chirurgico e al relativo tema del «buon uso» della risorsa sala operatoria). Tali indicatori vengono inclusi nella reportistica prodotta dal controllo di gestione.

Per ciascun percorso sono identificate le variabili critiche da monitorare. Gli indicatori individuati sono calcolati sull'intera casistica della patologia. Nel caso, per esempio, del percorso clinico dell'infarto miocardico, saranno verificate l'esecuzione dell'elettrocardiogramma entro cinque minuti dall'arrivo in pronto soccorso, l'*assessment* dell'utilizzo dei betabloccanti all'ingresso e tutte le altre variabili critiche di processo. L'analisi della cartella verifica l'eventuale presenza di scostamenti rispetto allo standard e identifica le cause della difformità. Il controllo avviene, come detto, a opera del referente di reparto, con il solo supporto metodologico dell'Ufficio qualità. Tale metodo di lavoro, del tutto svincolato da sistemi premi-punizione e in assenza di terzi giudicanti, consente al referente una serena revisione dell'attività di reparto e la reale ricerca delle cause degli scostamenti osservati.

Un secondo strumento è dato dall'elaborazione dei database aziendali, con la costruzione di indicatori di attività. Gli indicatori devono essere quanto più possibile derivati dalla letteratura al fine di favorire la confrontabilità esterna. Come per l'audit di caso clinico, anche questo strumento viene incentrato sulle criticità. Per ciascun indicatore viene fornita l'analisi statistica dei risultati derivante dall'analisi degli *score*. È inutile sottolineare che il fornire indicatori con l'analisi statistica dà ai medici che sono chiamati ad applicare i percorsi un'informazione preziosa sia per la revisione del proprio modo di operare sia per l'attività scientifica.

Nell'AO di Novara l'Ufficio qualità, oltre a tenere monitorate le performance del processo, vuole tenere sotto controllo anche la qualità e preparazione del professionista. Un primo aspetto che viene monitorato è il livello di aggiornamento. A ciascun medico è somministrato un questionario tecnico-specialistico, che prevede domande specifiche sul percorso clinico e sulle evidenze cliniche di nuova pubblicazione. Inoltre l'Ufficio qualità, di concerto con l'UO, ha creato delle cosiddette schede di addestramento con dei requisiti specifici per i professionisti coinvolti nel processo di cura¹¹.

Rispetto al collegamento tra l'attività di monitoraggio e i sistemi operativi d'azienda, solo nel caso dell'AO bolognese si osserva l'adozione sistematica all'interno del *budgeting* di obiettivi sul miglioramento incrementale dei processi attraverso la verifica di opportuni indicatori di confronto tra il singolo servizio sanitario e standard aziendali (per esempio, i tempi di attesa). I tempi non sembrano

¹¹ Rispetto al processo SCA, la scheda di addestramento definisce in modo puntuale i requisiti che il professionista deve avere per poter praticare le varie possibili soluzioni per procedere. Nel caso dell'angioplastica le competenze di base richieste sono laurea in medicina con specialità in cardiologia e almeno 300 coronarografie come primo operatore. L'addestramento prevede invece l'esecuzione, all'interno di un centro che esegue almeno 300 angioplastiche all'anno, di 50 esami come secondo operatore più 50 esami come primo operatore con *tutor*. Per il mantenimento della qualifica è poi necessario eseguire 80 angioplastiche all'anno. La verifica della presenza dei requisiti spetta al direttore di struttura complessa di concerto con il *tutor*. Inoltre, il tasso di mortalità deve rimanere sotto l'1 per cento.

essere ancora maturi per collegare il processo di assegnazione delle risorse a indicatori di performance legati all'implementazione di un PDTA relativo a uno specifico processo di cura e alla sua performance complessiva assistenziale. Esiste forse il sospetto che l'inserimento di tali tipi di indicatori (sull'attivazione dei PDTA e sul loro esito complessivo) nella scheda di budget possa di fatto «ingessare» e rendere formale tutto il sistema di controllo dei percorsi, correndo il rischio che i clinici non vedano più l'attività di monitoraggio come momento di analisi necessario per impostare conseguenti azioni correttive, ma piuttosto come momento di controllo formale.

14.7 Indicazione operative per l'implementazione della gestione per processi: le lezioni apprese

Dalle tre esperienze ospedaliere possono essere tratte alcune utili indicazioni su alcune dimensioni chiave che dovrebbero caratterizzare un'efficace gestione per processi nelle aziende sanitarie:

- *occorre individuare una responsabilità sul «progetto gestione per processi»:* in tutti e tre i casi emerge con chiarezza che un'unità organizzativa (nei casi analizzati, l'Ufficio qualità) ha assunto la responsabilità sul *disegno e l'implementazione* del progetto. Nulla vieta che tale ruolo possa essere svolto anche da un organo di integrazione stabile o temporaneo che, nel caso, deve però godere di sufficiente legittimazione all'interno dell'azienda da interfacciarsi sia con i *professional* sia con la componente amministrativa. Anche nei casi in cui non sia pensabile l'individuazione di una responsabilità sui *risultati* del progetto, occorre definirne una sull'implementazione operativa (formazione dei gruppi di lavoro, *timing*, convocazione degli incontri, redazione dei diagrammi di flusso ecc.). In ogni caso, così come si è osservato nelle tre AO, coloro che assumono tale responsabilità svolgono un ruolo di integrazione tra la direzione strategica e il personale sanitario, integrazione che passa dalla condivisione di obiettivi, dall'omogeneizzazione dei linguaggi, dalla motivazione al confronto inter e intraprofessionale ecc.;
- *vi è una stretta relazione tra finalità e modalità di selezione dei processi da riprogettare,* laddove le finalità sono di riduzione della variabilità del comportamento clinico appare molto più congeniale un approccio *bottom-up* che consente di «accogliere» i fabbisogni di coordinamento professionale dei singoli medici allo scopo di ottimizzare il risultato di salute che le diverse prestazioni, compiute in UO differenti, possono garantire al paziente; d'altro canto, se le finalità sono più legate a esigenze di ottimizzazione nell'utilizzo delle risorse oppure di semplificazione dei processi organizzativi (eliminazione di duplicazioni e attività inutili e così via), un approccio di selezione dei processi *top-down* garantisce maggiore efficacia;

- *l'oggetto del monitoraggio è l'applicazione del percorso di riferimento*, alcune volte si osserva che l'attenzione maggiore è sull'individuazione di una tecnicità (assai spesso un software) che consenta un monitoraggio puntuale piuttosto che sul «cosa» deve essere messo sotto monitoraggio. Occorre chiarire che l'oggetto del monitoraggio è l'applicazione e il rispetto dei PDTA progettati e non i risultati di salute sui pazienti. Quest'ultimo tipo di scelta, compiuta nella fase di progettazione (vedi Fig. 14.2 per la rappresentazione di fasi operative della gestione per processi), passa attraverso la selezione di specifici standard clinico-assistenziali che devono essere adottati (per esempio, tipologia, numero e frequenza di accertamenti postintervento, criteri di stabilizzazione o di elezione all'intervento ecc.). Ogni PDTA, in quanto vettore di comportamenti condivisi di ortodossia clinico-assistenziale, implica già in sé un sistema di attese sul risultato di salute da garantire alla popolazione con un determinato problema di salute;
- *gli indicatori adottati nella fase di monitoraggio devono essere coerenti con le finalità che hanno spinto all'introduzione di un sistema di gestione per processi in azienda*, se l'obiettivo della gestione per processi prevede l'ottimizzazione delle risorse, gli indicatori per verificare, in fase di monitoraggio, l'applicazione del percorso di riferimento dovranno essere prevalentemente di natura economica (per esempio, spesa per caso trattato per diagnosi piuttosto che per trattamento di...); invece, nel caso in cui le finalità fossero di riduzione della variabilità del comportamento clinico, gli indicatori dovranno essere principalmente di natura organizzativa (per esempio, tempo medio di attesa tra diagnosi e intervento operatorio, adozione di determinati criteri di accesso al percorso);
- *la sponsorizzazione da parte del vertice aziendale rappresenta una condizione di successo per il «progetto gestione per processi»*: come è emerso dai tre casi aziendali, lo sviluppo di tale progetto richiede uno sforzo organizzativo significativo non solo da parte delle persone che ne hanno la responsabilità esplicita, ma anche da parte del personale sanitario e non sanitario chiamato a prendere parte ai diversi gruppi di lavoro (per i quali assai spesso non sono possibili incentivi monetari alla partecipazione). Per quanto sia prevedibile/futuribile lo sviluppo di specifiche professionalità da parte della componente amministrativa delle aziende (come i casi degli Uffici qualità delle tre AO testimoniano), assai spesso c'è bisogno di un grosso investimento *personale* da parte dei singoli *professional* nel partecipare ai gruppi di lavoro all'interno dei quali si compiono le scelte più rilevanti delle fasi di analisi e progettazione. Tali scelte occorre che siano condivise e tale risultato viene raggiunto solo attraverso l'abbandono dell'autoreferenzialità di specialità e l'apertura ai reciproci fabbisogni di integrazione poiché si partecipa, in tempi e in UO diversi, alla storia clinico-assistenziale del medesimo paziente. Sapere che il progetto gestione per processi è un progetto centrale per il mandato di una direzione aziendale e che non rappresenta una «sperimentazione», ma che si intende tradurlo in routine

organizzativa da replicare nel tempo su molti processi aziendali, rappresenta l'unico «motore» al cambiamento professionale.

14.8 Il contributo della gestione per processi all'aziendalizzazione della sanità

Il concetto di «processo» permette di tornare all'«anatomia» essenziale dell'azienda e della sua organizzazione. Esso ci permette di leggere e interpretare le aziende sanitarie da una prospettiva nuova.

Innanzitutto ci regala una scomposizione elementare degli accadimenti d'azienda che permette di fare ordine mentale su alcuni concetti che si sono ultimamente imposti nel dibattito, come governo clinico e *risk management*. Questi termini non sempre hanno un significato e un'interpretazione univoca, in parte si sovrappongono, in parte esprimono delle visioni che vogliono contribuire all'innovazione nel settore socio-sanitario. Il concetto di «processo», nella sua essenza di concetto elementare e quindi fondante, ci permette di interpretare questi strumenti o insieme di strumenti e di ricondurli a un quadro unitario, che palesi correlazioni e/o sovrapposizioni.

Il governo clinico è una serie di strumenti che cercano di condurre le aziende sanitarie a una gestione per processi, attraverso tre insiemi di azioni di sostegno e correlati strumenti:

- costante acquisizione delle conoscenze sulle innovazioni scientifiche (EBM);
- *knowledge management* e confronto tra pari per la diffusione delle conoscenze e lo sviluppo professionale;
- costante monitoraggio e confronto sui processi attivati e sui risultati clinici.

Il *risk management* infine ha per oggetto il processo sanitario e per obiettivo la minimizzazione dei rischi per i pazienti e per l'organizzazione. Esso costituisce un punto di vista rilevante con cui selezionare i processi critici e con cui definire obiettivi e contenuti nella riprogettazione e nel controllo dei processi.

La forza interpretativa del concetto logico di «processo» e di «gestione per processi» ci segnala come il percorso di aziendalizzazione del sistema stia entrando sempre più nel cuore delle organizzazioni sanitarie, affrontando l'analisi e la riprogettazione delle loro modalità operative di base. La prima stagione dell'aziendalizzazione è stata molto focalizzata sulle grandi strategie aziendali e sul controllo di gestione orientato a programmare i mix e i volumi di attività e le correlate risorse. Ci si attendeva che «miracolosamente» le UO, investite degli impulsi provenienti dalla strategia e dalla programmazione aziendale, fossero in grado di modificare spontaneamente i loro processi, migliorando di conseguenza i risultati.

La vita interna alle unità operative era però poco studiata e forse anche poco

compresa. Ci si attendeva che spontaneamente e senza strumenti di analisi e riprogettazione microrganizzativa, i responsabili delle unità operative fossero in grado di produrre miglioramenti. Il proseguo del percorso di aziendalizzazione mostra però la necessità di penetrare nel profondo delle singole unità operative, dotando i dirigenti di strumenti idonei per l'analisi e la riprogettazione microrganizzativa, se si vuole ottenere coefficienti di miglioramento clinico significativi. In questo senso la diffusione del dibattito sulla gestione per processi e sul governo clinico può essere un indicatore estremamente positivo. Ora probabilmente ci troviamo nella fase pionieristica della gestione dei processi lungo la quale si sono incamminate le aziende più attente e coraggiose (come lo è stato per il controllo di gestione 10 anni fa) a cui deve seguire quella della diffusione e della maturità.

La grande forza dell'approccio per processi, come dimostrano i casi analizzati, è il completo superamento della dicotomia manager-medici. Le operazioni elementari che vengono analizzate attraverso la chiave di lettura dei processi dimostrano come l'accadimento aziendale non sia scomponibile nella sua dimensione tecnico-sanitaria e in quella organizzativa, rappresentando semplicemente due facce della stessa medaglia o due aspetti di uno stesso processo. Il processo viene studiato contestualmente nella sua dimensione clinica e in quella organizzativa. Al massimo ci si può scontrare sulle finalità della riprogettazione (diminuzione della varianza clinica o riduzione dei costi), ma non certo sull'oggetto osservato, che è unitariamente clinico e organizzativo. Le resistenze possono venire dalla fatica a confrontarsi con le evidenze scientifiche, o dalle energie che richiede un'analisi sistematica dei processi, o dalla disabitudine al confronto e al costante aggiornamento con i colleghi. Ma si tratta di criticità assai dissimili dall'iniziale rappresentazione della contrapposizione tra medici e manager. Il tema più interessante crediamo sia quello di diffondere tra i medici la consapevolezza che la conoscenza di strumenti come la gestione per processi dovrebbe far parte del *tool box* del bravo clinico che intende basarsi sulle evidenze scientifiche, per minimizzare la varianza dei trattamenti e dei rischi. Il lavoro da fare è quello di trasformare un bisogno latente in domanda e incontrare la domanda con una solida e diffusa offerta di strumenti di sviluppo professionale.

I tre casi presentati, motivanti sul piano della loro forza pionieristica e innovativa, mostrano una grande varianza nelle strategie e nelle tecniche adottate per costruire la gestione per processi. Questo dimostra come, tanto più si va a fondo nei processi interni delle aziende, quanto più una logica di possibile uniformità e standardizzazione sia impossibile e inutile. Le varianze ci sono e sono profonde. Rispondono a strategie, storie e competenze disponibili diverse. Sono uno spazio di differenza non comprimibile, che va compreso e osservato. I casi presentati mostrano come non ci siano delle scelte migliori di altre o ottimali. La qualità delle scelte si misura in base alla loro corrispondenza ai fabbisogni aziendali, che sono locali e specifici, contingenti e temporali.

I casi presentati, nella luce della loro forza innovativa, mostrano anche quali

possono essere le probabili criticità per le aziende del SSN nell'introdurre la logica della gestione per processi.

Innanzitutto, la scelta del criterio con cui si definiscono e quindi selezionano i processi corrisponde a logiche razionali, ma non sempre del tutto esplicite e consapevoli rispetto al reale impatto strategico. Talvolta la scelta è guidata da spinte dei professionisti, altre volte da spinte regionali, altre dalla casualità degli incidenti che hanno assunto una connotazione esterna di *malpractice* (che non necessariamente corrispondono alle situazioni più pericolosamente mal organizzate). Questo in parte è spiegabile dalla relativa novità dello strumento, da una sua introduzione spinta soprattutto da staff tecnici e dall'ancora incompleta rilevanza compresa dalle direzioni generali. Nel prossimo futuro sarà invece necessario esplicitare:

1. i criteri con cui si selezionano le priorità di riprogettazione aziendale;
2. le conseguenze implicite nell'adottare un modello di classificazione dei processi, rispetto ai meccanismi di selezione.

In secondo luogo, un aspetto fisiologico della fase iniziale di introduzione degli strumenti consiste nel fatto che questi risultano molto focalizzati sulla progettazione e implementazione, mentre risultano più deboli il monitoraggio e il controllo. Per un certo periodo questo può anche sostenere la diffusione degli strumenti. Nel medio periodo è invece assolutamente necessario attivare un forte controllo dei risultati sia per rafforzare e legittimare lo strumento, sia per poter dimostrare la capacità di migliorare i risultati clinici. A questo proposito occorre ricordare che pubblicizzare subito i dati che emergono dal controllo agli *stakeholder* esterni, per esempio, mostrando le mancate corrispondenze alla carta dei servizi, può generare in realtà comportamenti difensivi e non partecipativi da parte dei professionisti. L'apertura agli *stakeholder* è importante e fruttuosa se cresce gradualmente insieme alla capacità dei professionisti di usare lo strumento e di migliorare i risultati. Il ragionamento è analogo per quanto riguarda la connessione con il sistema di responsabilizzazione e incentivazione salariale aziendale. L'obiettivo della fase di controllo è quello di mostrare ai professionisti i risultati, gli eventuali scostamenti rispetto ai progetti, favorendo percorsi di confronto tra pari e di crescita professionale diffusa. Per alcune stagioni può essere opportuno che questa logica maturi e consolidi, senza dirette connessioni con le logiche di responsabilizzazione aziendale. Anche in questo caso la maturazione delle competenze, dello strumento e dei risultati può progressivamente favorire l'integrazione con il più complessivo sistema dei premi e delle sanzioni aziendali.

Infine i nostri casi sono AO e quindi i processi considerati rimangono prevalentemente in ambito ospedaliero. Lo sviluppo necessario per il prossimo futuro, di fronte al quadro epidemiologico emergente, è quello di sviluppare logiche di gestione per processi per presa in carico complessiva del paziente per tutte le

fasi della patologia, tagliando quindi i muri delle organizzazioni, territoriali e ospedaliere.

Nei casi presentati moltissimo è già stato sviluppato, ma molto rimane ancora da fare. Oltre alle criticità appena presentate (scelte strategiche implicite, relativa debolezza della fase di controllo, bisogno di superare i muri aziendali), la gestione per processi va diffusa capillarmente, coinvolgendo tutte le unità e tutti i professionisti, ma soprattutto va diffusa nel paese tra tutte le aziende. Essa costituisce un approccio molto promettente che può dare importanti risultati per i pazienti, grandi soddisfazioni ai promotori e straordinaria utilità ai professionisti. L'unico difetto è che richiede un lavoro profondo e sistematico, lungo e paziente, che va permanentemente sviluppato e innovato, dove non sono possibili scorciatoie o operazioni di facciata: forse questa è la sua caratteristica più sfidante e accattivante.

Bibliografia

- Baraghini G.F., Trevisani B., Roli L. (2002), «Processi/percorsi/procedure ed organizzazione del servizio», in *Le ISO 9000 in sanità*, Milano, Angeli.
- Barbieri M., Fillanino C., Longo F., Tozzi V. (2005), «Alla ricerca del governo clinico: esperienze a confronto», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2005*, Milano, Egea.
- Casati G., Vichi M.C. (a cura di) (2002), *Il processo assistenziale del paziente in ospedale*, Milano, McGraw-Hill.
- Chiavaccini R., Pratali P. (2000), *Progettare i processi di impresa*, Milano, Angeli.
- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (2004), *Risk Management in Sanità. Il problema degli errori*, Roma.
- Cosmi L. (2004), «Introduzione alla clinical governance: definizione, sviluppo e contenuti operativi», in V. Tozzi, P. Tedeschi (a cura di), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Milano, McGraw-Hill.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Davenport T.H. (1993), *Process innovation*, Boston, Harvard Business School Press.
- Grilli R., Taroni F. (2004), *Governo Clinico*, Roma, Pensiero Scientifico.
- Hammer M. (1990), «Reengineering Work: Don't Automate, Obliterate», *Harvard Business Review*, July-August.
- Johansson H.J. et al. (1993), *Business Process Reengineering: Breakpoint Strategies for Market Dominance*, Chichester, Wiley.
- Lega F. (2001), *Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità*, Milano, McGraw-Hill.

- Lega F., Gumirato G., Corsalini E. (2004), «Scoperchiare il vaso di pandora: proposte per la riorganizzazione delle funzioni amministrative», in E. Anessi Pessina, E. Cantù (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2004*, Milano, Egea.
- McSherry R., Pearce P. (2002), «What is Clinical Governance?», in *Clinical Governance. A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*, Oxford, Blackwell.
- Morris D. (1995), *Ripensare il business: il business process reengineering dal pensiero all'azione*, Milano, Sperling & Kupfer.
- Oriani G. (1995), *Reengineering*, Milano, Guerini.
- Porter M. (1985), *Competitive Advantage*, New York, Free Press.
- Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, n. 50.