

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarsi quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2017:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, esiti, attività e spesa) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale;
- approfondisce questioni di *policy* rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende, quali i recenti riordini di molti SSR, le politiche farmaceutiche e il relativo impatto sulla spesa, i cambiamenti in atto che riguardano il mondo dell'HTA e degli acquisti; inoltre, presenta una mappatura nazionale delle Case della Salute, analizzandone le forme organizzative e i modelli di servizio;
- a livello aziendale, si focalizza sul rafforzamento del *middle management* e sui percorsi di carriera emergenti nella professione infermieristica; e approfondisce l'applicazione di strumenti di *transitional care* come le centrali operative per la continuità ospedale - territorio; analizza lo stato dell'arte della funzione di gestione operativa; inquadra i principali elementi definitivi, attori e impatti percepiti della lotta alla corruzione nelle Aziende sanitarie pubbliche.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5147-4



9 788823 851474

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2017

CERGAS-SDA Bocconi



a cura di
CERGAS-SDA Bocconi

Rapporto OASI 2017

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

B Università Bocconi
CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management

Egea



18 Il grado di diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica

di Lorenzo Fenech, Federico Lega e Anna Prenestini¹

18.1 Oggetto e rationale della ricerca

L'*Operations Management* (o Gestione Operativa)² e la sua applicazione alla sanità è oggi uno dei temi manageriali su cui c'è particolare fermento sia da parte degli accademici – diversi sono i *working paper* che dimostrano, attraverso *scoping review* o altri metodi di analisi della letteratura, un aumento del numero di contributi scientifici su tale materia negli ultimi anni – sia da parte delle aziende sanitarie e dei propri professionisti. In particolare, le direzioni aziendali investono, ormai frequentemente, in percorsi di accompagnamento e di *action research* per il miglioramento delle *operations* aziendali e sono sempre più numerosi i corsi di formazione manageriale, con destinatari i *practitioner*, dedicati (interamente o in parte) allo sviluppo di competenze e all'applicazione di strumenti di gestione operativa.

L'*operations management* (OM) è definito come l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici di un'azienda (che trasformano gli input in output) mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto (Davies e Walley 2000, Langabeer 2008). L'obiettivo dell'OM è progettare e organizzare le attività aziendali e i processi in modo tale che la produzione dell'output finale risulti efficiente, ossia senza sprechi di risorse, ed efficace, capace cioè di rispondere ai bisogni e alle attese dei clienti (Villa 2012).

Queste spinte allo sviluppo e alla diffusione di temi e questioni di OM sono state generate da un insieme di pressioni ambientali esterne e interne nei confronti delle aziende sanitarie pubbliche, tra le quali:

¹ Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro di ricerca e di riflessioni comuni degli autori, a Lorenzo Fenech è attribuito il paragrafo 18.3, ad Anna Prenestini i §§ 18.1, 18.2 e 18.4, a Federico Lega il § 18.5. Gli autori ringraziano Yijie Zhao che ha collaborato al lavoro di raccolta dei dati e delle informazioni.

² In questo capitolo si utilizzerà il termine *Operations Management* (OM) o la sua versione italiana *Gestione Operativa* (GO) in modo intercambiabile.

- ▶ l'esigenza di garantire l'equilibrio economico-finanziario e la sostenibilità nel medio-lungo periodo, a fronte di livelli di spesa sanitaria pubblica stabilizzati nel corso degli ultimi anni;
- ▶ la necessità di migliorare l'efficienza nella gestione e nell'utilizzo degli *asset* produttivi aziendali (ad es. sale operatorie, aree di degenza, *slot* ambulatoriali e di diagnostica per immagini, ecc.), ancora spesso utilizzati in modo «privatistico» dalle diverse Unità Operative (UU.OO.) specialistiche, al fine di garantire gli obiettivi di produzione definiti dalle strategie aziendali;
- ▶ l'impellenza di riorganizzare l'attività dei professionisti in modo coerente con i flussi dei pazienti e con la gestione delle attività sanitarie a fronte, da un lato, di restrizioni nelle risorse umane disponibili per via di blocchi del turn over o di *shortage* di professionisti e, dall'altro, delle conseguenze sull'operatività dell'applicazione della Direttiva europea sui turni di riposo (Direttiva 88/2003 CE);
- ▶ l'opportunità di garantire ad ogni paziente (con aspettative sempre maggiori nei confronti della sanità) un percorso fisico-logistico quanto più possibile fluido e un'esperienza ad alto valore aggiunto.

Più specificamente, nel contesto italiano vi è una forte tensione, da parte dei policy maker, verso il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario aziendale attraverso la richiesta di produrre Piani di riequilibrio economico – c.d. piani di efficientamento aziendali – per quelle AO, AOU e IRCCS che abbiano uno scostamento tra costi rilevati dal conto economico consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività pari o superiore al 7% dei suddetti ricavi (o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro)³. Per fare ciò le aziende sono chiamate a migliorare la propria efficienza non solo attraverso uno stretto controllo dei costi, ma anche attraverso un aumento dei ricavi per prestazioni grazie – anche – a una maggiore produttività aziendale.

In relazione a tutte queste pressioni, le aziende sanitarie stanno dandosi come obiettivo il miglioramento della propria efficienza operativa tramite approcci e metodologie di OM.

Ma tale fermento sullo sviluppo di logiche, metodi e strumenti di OM si è tradotto, nel corso del tempo, anche in una maggiore strutturazione della funzione di Gestione Operativa (GO) all'interno delle aziende sanitarie del SSN?

Le teorie organizzative, infatti, ci indicano come all'aumentare del grado di complessità di un'azienda e in relazione alla focalizzazione su determinati obiettivi strategici (in risposta alle pressioni dell'ambiente esterno e interno),

³ Piani di cui all'articolo 1, comma 528 lettera a), della legge 28 dicembre 2015, n. 208, per le aziende ospedaliere (AO), le aziende ospedaliere universitarie (AOU), gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici (IRCCS) o gli altri enti pubblici. Lo scostamento tra costi e ricavi è stato determinato dalla Legge di Bilancio, art. 1, comma 390, l 11 dicembre 2016, n. 232. Nei prossimi anni si prevede un'estensione dell'applicazione della legge ai presidi ospedalieri di ASL.

sia necessario un cambiamento della struttura organizzativa nel senso di una maggiore specializzazione orizzontale e sofisticazione di alcune funzioni manageriali (Chandler 1993; Jones 2007). Così è avvenuto a partire dagli anni '90, ad esempio, per la funzione Controllo di Gestione che ha visto la costituzione di UO, semplici o complesse, dedicate alla programmazione e controllo contemporaneamente allo sviluppo di strumenti di contabilità analitica e di budget tra gli staff delle aziende sanitarie (Del Vecchio, 2000).

Un primo lavoro di ricognizione della funzione di GO e degli assetti organizzativi a supporto è stato pubblicato nel 2012 sul Rapporto OASI (Giusepi et al., 2012). Tale ricerca è stata condotta attraverso un'analisi di tre casi (aziende pubbliche e private) ed evidenziava come la strutturazione di tale funzione fosse differente o a diversi stadi di implementazione tra le aziende coinvolte nell'analisi. Mentre nel caso dell'AO Poma di Mantova all'esercizio della funzione non corrispondeva un'UO dedicata – al tempo dell'analisi erano presenti dei team amministrativi e gestionali dedicati all'ottimizzazione degli asset aziendali e alle analisi di processo, in stretto coordinamento tra Controllo di Gestione e Direzione Sanitaria –, nei casi dell'AOU Pisana e dell'Istituto Clinico Humanitas (ICH) di Rozzano, invece, erano state rilevate UO specificamente dedicate al tema. L'ICH, in particolare, è riconosciuto per aver creato, fin dalle sue origini, competenze e strutture organizzative dedicate all'OM, che oggi si sono ulteriormente evolute.

Del Vecchio e Roma (2012), studiando l'introduzione di logiche di OM in quattro aziende del Sistema Sanitario Toscano, evidenziavano come la gestione operativa – almeno nella fase iniziale – si caratterizzasse «più come una prospettiva di analisi e di intervento che come vera e propria funzione aziendale».

La letteratura nazionale più recente, invece, si è sinora soffermata sull'analisi di casi che approfondiscono il tema dell'implementazione di logiche e strumenti di OM all'interno di specifiche realtà aziendali (Carbone *et al.* 2013, Barnabé *et al.* 2014).

Oggi, un lustro dopo i contributi sopra citati (Giusepi *et al.*, 2012; Del Vecchio e Roma, 2012), non esiste ancora una rilevazione del grado di diffusione di una funzione strutturata di GO nelle aziende sanitarie italiane. Questione che, a parere degli autori, è particolarmente rilevante allo scopo di evidenziare se il tema sia trattato ancora come innovazione gestionale oppure si sia diffuso e consolidato anche negli assetti organizzativi delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP).

Infine, a seguito del riordino del Servizio Sanitario Regionale (SSR) lombardo, che ha condotto all'istituzione delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e Agenzie di Tutela della Salute (ATS), è emerso un ulteriore elemento a rendere ancora più rilevante l'interesse per lo svolgimento di questa analisi. Se, in precedenza, i *policy maker* non sono mai intervenuti direttamente con la richiesta di istituire una funzione di gestione operativa nelle aziende sanita-

Box 18.1 La funzione di Gestione Operativa nelle Linee guida lombarde

Parte C – Aziende Socio Sanitarie Territoriali

Le Linee Guida riportano che per alcune funzioni di staff, tra le quali la GO, non debba corrispondere necessariamente una strutturazione organizzativa in UOC/UOS, decisione che è demandata all'autonomia aziendale. Inoltre, è scelta aziendale anche la dipendenza della funzione da una delle quattro direzioni aziendali (Generale, Sanitaria, Amministrativa o Socio Sanitaria).

Come indicano le Linee Guida: «La Gestione Operativa ha il compito di programmare le attività ospedaliere relative a sale operatorie, posti letto e ambulatori e di definire l'efficiente utilizzo dei tempi di servizio (settimanale, mensile, etc.) delle suddette attività, che deve temperare alle esigenze delle diverse Unità Operative. Le attività sono svolte all'interno dei vincoli e delle regole date dalla Direzione Sanitaria e/o Sociosanitaria. All'interno di tali regole, la Gestione Operativa pianifica in maniera efficiente la condivisione delle risorse e delle attrezzature, anche in sinergia col SITRA, con l'ingegneria clinica e col supporto dei Sistemi Informativi Aziendali, rendendo disponibili le risorse necessarie nei tempi, nei luoghi e nelle modalità adeguate. Per quanto riguarda il Pronto Soccorso, la Gestione Operativa deve garantire e potenziare le capacità di previsione dell'afflusso di pazienti – utilizzando le serie storiche di dati di funzionamento del PS – al fine di attivare le azioni necessarie nei casi di afflusso superiore all'ordinario o in situazioni di sovraccollimento (secondo quanto previsto dai Piani di Prevenzione del Sovraccollimento).» Inoltre, la funzione Gestione Operativa è rilevante anche nei processi trasversali di cura e di assistenza (sanitari e sociosanitari) «funzionali alla presa in carico di diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico-assistenziali specifici, che possono intercettare punti diversi di erogazione (ospedalieri/territoriali, sanitari/sociosanitari) in particolare nell'ambito di: a) Rete della Salute Mentale; b) Rete Integrata Materno-Infantile; c) Rete Integrata per la Continuità Clinico assistenziale per la presa in carico del paziente cronico; d) Reparti/divisioni, prevalentemente ospedalieri, preposti a processi specifici rappresentati dalle barre sovrastanti (ad es. percorsi riabilitativi, oncologici, etc.). [...] In tale prospettiva assume un ruolo importante l'introduzione della funzione aziendale della “**Gestione Operativa**”, deputata a fornire supporto alla Direzione Strategica, ai dipartimenti e al SITRA nel governo dei processi di produzione e nei percorsi di presa in carico (compresi i servizi di front office e le centrali operative), in analogia con le già consolidate funzioni dei sistemi informativi, di controllo di gestione e di qualità. Uno dei compiti della Gestione Operativa consiste nel facilitare la condivisione delle risorse tra i professionisti delle diverse UO.»

Indicazioni tratte dal documento: «Ulteriori determinazioni in ordine alle Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici delle Agenzie di Tutela della Salute (ATS), delle Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), degli IRCCS di diritto pubblico della Regione Lombardia e di AREU», deliberazione n° X/5513 del 02/08/2016.

rie (come, peraltro, avveniva per altre funzioni aziendali), nel 2016 la Regione Lombardia ha inserito tale indicazione nelle Linee guida regionali per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendale Strategici (POAS) lasciando, tuttavia, autonomia alle Aziende di decidere forme e modalità per la strutturazione organizzativa di tale funzione. Nel Box 18.1 sono presentate le principali indicazioni delle Linee guida lombarde per ciò che concerne compiti e responsabilità della funzione di gestione operativa.

18.2 Obiettivi e metodologia

Alla luce di tali considerazioni, questo lavoro di ricerca si è posto l'obiettivo di effettuare un censimento sulla presenza, in forma strutturata, della funzione

di GO all'interno dell'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP) del SSN.

A tal fine, sono state prese in considerazione UU.OO. di tipo gestionale (strutture operative semplici o complesse, uffici, ecc.) o aree/meccanismi organizzativi funzionali formalizzati (programmi, gruppi di lavoro, ecc.) che avessero come *mission* fondante la gestione delle *operations* sanitarie.

I ricercatori, nell'interpretare tale *mission*, hanno deciso di focalizzarsi sui seguenti due aspetti della funzione GO (Villa 2012; Bensa *et al.* 2008):

- ▶ la gestione e l'ottimizzazione delle aree produttive sanitarie, che si pone l'obiettivo di massimizzare l'utilizzo della capacità produttiva delle diverse unità produttive (sale operatorie, aree di degenza, slot ambulatoriali, ecc.);
- ▶ la logistica del paziente, che si occupa di ottimizzare la gestione dei flussi di pazienti all'interno delle strutture sanitarie dal momento di primo accesso sino alla fase finale di dimissione e gestione del post-acuto, passando dal concetto di «massima capacità produttiva» delle singole unità produttive all'ottimizzazione dei flussi lungo tutta la catena produttiva. Si fa riferimento, in questo caso, ai percorsi fisico-logistici del paziente tra le aree produttive sanitarie.

Di conseguenza, la ricerca non ha focalizzato l'attenzione sulle strutture organizzative che si occupano esclusivamente di *supply chain management* o logistica dei beni nelle aziende sanitarie. Quest'ultimo aspetto, rientrando nella definizione più ampia di gestione operativa, è stato rilevato solo nei casi in cui affiancasse la *mission* di gestione degli asset produttivi e/o l'ottimizzazione dei flussi dei pazienti delle UO individuate.

Il censimento è stato effettuato attraverso l'analisi dei documenti di organizzazione (in particolare, atto aziendale, regolamento di organizzazione, piano di organizzazione aziendale e strategico, organigramma, funzionigramma) delle ASP presenti su territorio nazionale e rinvenibili nei siti web istituzionali di ciascuna di esse. Il campione è composto da: Aziende Sanitarie Locali e Provinciali (ASL), Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) e Agenzie di Tutela della Salute (ATS), Aziende Ospedaliere (AO), Aziende Ospedaliere Universitarie (AOU), IRCCS e Fondazioni IRCCS di diritto pubblico.

La prima rilevazione è stata condotta da aprile 2017 sino a giugno 2017. La recente approvazione dei Piani di Organizzazione Aziendali e Strategici (POAS) da parte della Regione Lombardia, ha richiesto una rivalidazione dei risultati per le ASST e ATS e, quindi, un'ulteriore analisi dei siti web istituzionali nel mese di luglio 2017.

Sono stati censiti un totale di 193 siti web istituzionali delle ASP: l'atto aziendale o simili documenti di organizzazione sono stati reperiti in quasi il 60% dei casi, mentre l'organigramma è presente in circa il 78% dei siti web aziendali. Si

è ritenuto che i documenti di organizzazione o gli organigrammi presenti sul sito fossero i più recenti, a esclusione di quei casi in cui i ricercatori erano a conoscenza di processi di riordino regionale o riorganizzazione aziendale successivi agli anni cui si riferivano tali documenti⁴.

L'analisi dei documenti è stata condotta attraverso l'utilizzo di una serie di parole chiave: gestione operativa, *operations*, operazioni, *operations management*, programmazione, logistica, *lean*, catena del valore, percorsi (identificando se corrispondevano a percorsi fisico-logistici o percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali, in quest'ultimo caso le risultanze non sono state inserite nel computo). Ogni informazione corrispondente alla parola chiave è stata vagliata per verificare se la strutturazione della funzione corrispondesse alla definizione di OM scelta dagli autori. Qualora non fossero reperibili i documenti istituzionali è stata comunque effettuata una ricerca sulle pagine del sito web aziendale, andando a verificare – se disponibili – la denominazione e le funzioni dei servizi di staff delle direzioni strategiche per individuare l'esistenza di elementi di OM.

Una volta individuate le Aziende in cui vi è la presenza di una strutturazione della funzione di OM, si è proseguito esplorando quali forme organizzative tale funzione avesse assunto (UU.OO. o meccanismi organizzativi strutturati) e quali ambiti di attività rientrassero nella sua *mission*.

I risultati dell'analisi sono riportati nel seguente paragrafo.

18.3 Risultati dell'indagine

Sulla base del censimento effettuato attraverso i documenti istituzionali, si registra che solo 30 aziende (circa il 16% del campione analizzato) hanno introdotto formalmente una funzione organizzativa dedicata all'*operations management*. Di queste, 21 si collocano in Lombardia, Regione in cui è stato avviato nel 2016 un processo di riconfigurazione istituzionale (approfondito nel primo paragrafo) che ha condotto le Aziende a dotarsi di una funzione di «Gestione Operativa» in quanto richiesta all'interno delle Linee guida regionali per i POAS. Proprio nel contesto lombardo, due aziende hanno istituito ben due strutture organizzative legate alla «Gestione Operativa» (ASST Niguarda e Santi Carlo e Paolo).

⁴ La ricerca ha seguito un criterio di agevole reperibilità dei documenti di organizzazione, sia attraverso le funzioni «cerca» del sito web istituzionale e del motore di ricerca *google* (ricerca con riferimento al sito specifico dell'azienda), sia attraverso il vaglio delle principali pagine del sito web aziendale (in particolare la sezione «amministrazione trasparente»). Nonostante l'utilizzo di diversi canali di ricerca, alcuni dei documenti di organizzazione – seppur presenti – potrebbero non essere stati rintracciati dagli autori. Mentre, in altri casi, i documenti di organizzazione individuati dagli autori non erano aggiornati all'ultima riorganizzazione aziendale conosciuta e, quindi, non sono stati tenuti in considerazione.

Da una prima fotografia, la strutturazione della funzione *operations* nelle aziende sanitarie si presenta, quindi, come un fenomeno poco diffuso, concentrato e ancora molto recente (i POAS lombardi sono stati approvati quasi tutti nel primo semestre del 2017). Si possono però iniziare a cogliere i segnali di un'accelerazione del processo. Inoltre, il panorama esistente si presenta piuttosto variegato, con evidenti aree di differenziazione sia tra le Regioni che all'interno delle stesse. Denominazioni, contenitori e contenuti organizzativi mostrano, infatti, tratti comuni ma anche specificità e peculiarità.

Con riferimento alle aziende di cui si è individuata una funzione di OM nell'organigramma o nei documenti di organizzazione aziendale, il quadro sinottico che segue (Tabella 18.1) riporta: il nome assegnato alla struttura/meccanismo organizzativo, la forma organizzativa, la dipendenza gerarchica (afferenza), l'ambito di attività (logistica dei pazienti, *asset management*, *supply chain*) e il tipo di responsabilità (gestione diretta vs consulenza interna).

Per quanto riguarda le forme organizzative, la funzione di *operations management* può essere inquadrata come Unità Operativa (semplice, semplice dipartimentale, complessa), Funzione, Ufficio, Area Funzionale o meccanismo organizzativo (gruppi di lavoro, programma, ecc.).

Nello specifico, su 30 aziende individuate, si registrano 32 forme organizzative, così suddivise:

- ▶ 3 Gruppi di Lavoro (AOU San Luigi Gonzaga)
- ▶ 1 Programma (Policlinico Sant'Orsola Malpighi)
- ▶ 1 Area Funzionale (AOU di Pisa)
- ▶ 3 Uffici (AO Meyer, ASL Biella, ASST Niguarda)
- ▶ 4 Funzioni (ASST Lariana, Fondazione IRCCS San Matteo, ASST Niguarda, ASST Vimercate)
- ▶ 1 posizione organizzativa (Istituto Nazionale Tumori)
- ▶ 9 Unità Operative Semplici (UOS)
- ▶ 12 Unità Operative Complesse (UOC)

Si tratta, dunque, di un quadro variegato che richiede alcune specificazioni sul significato di alcune forme organizzative. Se l'«Unità Operativa» (Semplice o Complessa) e il «Gruppo di Lavoro» rappresentano gli estremi di due fattispecie organizzative ben definite, forme quali le Funzioni, gli Uffici, le aree Funzionali e i Programmi producono dei confini più sfumati e suscettibili di interpretazioni differenti. Rispetto alle realtà individuate, le «Funzioni» e «Posizioni Organizzative» sembrano, ad esempio, presentarsi come una sottocategoria delle Unità Operative Semplici e hanno una loro collocazione nell'organigramma direttamente in staff alla direzione. Più «ibrida», da un punto di vista di inquadramento organizzativo, invece, la forma di «Ufficio». Per una definizione di Ufficio si può riprendere quanto scrive l'ASL di Biella nel suo atto aziendale

(2015): «Uffici/Servizi costituiscono articolazioni organizzative a cui è attribuita la responsabilità di attività che non richiedono una combinazione di mezzi, di persone o contenuti gestionali tali da giustificare l'istituzione di una struttura organizzativa». Non sembra comunque esserci un'interpretazione univoca di «Ufficio»: l'AOU Meyer probabilmente si discosta dalla visione precedente dato che, per definizione, l'«Ufficio Bed Management» ha una responsabilità diretta sulla risorsa «posto letto». La fattispecie «Area funzionale» trova una sua collocazione nell'AOU di Pisa, dove l'UO ISAP (Innovazione, Sviluppo, e Analisi dei Processi) coordina una rete di strutture organizzative (Responsabili Amministrativi, HTA, Dipartimento Professioni Infermieristiche, Controllo di Gestione, Direzione Medica di Presidio) nel portare avanti percorsi di reingegnerizzazione dei processi nelle diverse aree di attività. Peculiare, infine, il caso del «Programma» (Policlinico Sant'Orsola Malpighi); sebbene non vi sia una esplicita definizione sui documenti analizzati, il programma può essere inteso come un gruppo di lavoro permanente che, nonostante non figuri nell'organigramma aziendale, risponde direttamente dei risultati dei processi di afferenza.

A prescindere dalla forma adottata, le configurazioni sono tipicamente afferenti al Direttore Generale (15 casi) e al Direttore Sanitario (9 casi), a conferma del ruolo di ponte tra strategia, gestione delle piattaforme produttive e governo clinico. All'AUSL di Modena, la UOC dipende gerarchicamente dalla Direzione strategica intesa in senso unitario. In altri casi, questo ruolo viene affidato assegnando la funzione di OM alle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero (AOU San Luigi Gonzaga, ASL Napoli 1 Centro e AUSL Reggio Emilia) o alla Direzione Socio Sanitaria (ASST Santi Paolo e Carlo e ASST Niguarda). Vi è poi un caso particolare in cui la funzione fa riferimento ad una UOC afferente alla Direzione Amministrativa (ASST Niguarda).

Infine, la denominazione è spesso indicativa dei perimetri dell'attività. Ci sono figure o forme organizzative di Bed Management o Operating Room Management, ad esempio, laddove il focus è sull'*asset management* (programmazione e gestione delle piattaforme produttive). All'AOU San Luigi Gonzaga questa fattispecie prende la forma di «gruppi di lavoro» di Bed Management, Operating Room management, Day Care Management. Anche il Meyer, come anticipato, individua una funzione di Bed Management che si configura in organigramma come «Ufficio Bed Management e Flussi di pazienti». Sempre in tema di gestione delle piattaforme produttive, l'ASST Santi Paolo e Carlo, individua nell'Unità Semplice Dipartimentale «Gestione Operativa Sale Operatorie» la struttura organizzativa adibita a: «identificare esplicitamente, d'intesa con le Unità cliniche, le priorità da seguire nella programmazione dell'attività dei blocchi operatori, individuare e introdurre metodi di ottimizzazione dei tempi di inizio e di preparazione delle sale, promuovere strumenti di *prenotazione responsabilizzata* dei tempi di sala, condividere e applicare le più appropriate modalità di gestione delle /emergenze» (POAS ASST Santi Paolo e Carlo 2016-

2018). Vi è, invece, il caso dell'AUSL di Modena, dove l'Unità Organizzativa «Gestione Operativa e Logistica Integrata dei Percorsi» è focalizzata non solo sugli asset, ma su tutti i processi di *patient flow logistics*.

La restante parte delle strutture organizzative analizzate tende, in ogni caso, a coprire sia la logistica dei pazienti che l'*asset management* e in dodici casi a includere esplicitamente anche il *supply chain management*. L'ampliamento del portafoglio di attività si riflette sull'adozione di una denominazione omnicomprensiva, come quella di «Gestione Operativa», adottata da 17 aziende (per lo più lombarde ma anche una toscana – l'AOU di Pisa). In questa direzione anche l'Ufficio «Operations Management» della ASL di Biella. Un caso particolare è poi quello del Sant'Orsola Malpighi in cui l'articolazione organizzativa prescelta per la gestione dei macro-processi è il «programma» che prende il nome di «logistica sanitaria». Il programma include quattro sotto-programmi trasversali orientati al governo della logistica del paziente («Percorsi Ambulatoriali Integrati», «Percorso Chirurgico», «Percorso Internistico», «Percorso Alta Specialità e trapianti d'Organo»). In sintesi, alle funzioni di gestione operativa sono assegnate prevalentemente attività di asset management (100% dei casi) e di gestione logistica del paziente (90%). Solo nel 37% dei casi si registra l'allocatione del supply chain management, spesso appannaggio di altre funzioni (ad es. Ufficio Economato o Ufficio Tecnico/Provveditorato).

I confini delineabili attraverso le denominazioni si possono estendere ulteriormente. Si registra l'UOC «Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione» alla Fondazione IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore e l'UOC «Gestione Operativa e Sistemi Informativi» all'ASST Melegnano e Martesana, oltre all'Ufficio «Gestione Operativa Processi» afferente alla UOC «Accoglienza, Marketing e Area Privata» dell'ASST Niguarda. La gestione operativa viene dunque esplicitamente accostata al marketing, alla libera professione e ai sistemi informativi. L'accorpamento con il marketing meriterebbe una riflessione più approfondita, che esula da questo lavoro. Qui si sottolinea unicamente come il mondo delle *operations* e il mondo del *marketing* trovano, in generale, due ragioni di coesistenza. Quando al marketing è associata una funzione di accoglienza e di primo contatto con il «mercato», questa diventa la sotto-funzione delle *operations* e presidia la fase (iniziale) di prenotazione e di accesso al setting assistenziale. Quando al marketing è affidata, nella sua versione più sofisticata, anche l'attività di *marketing analysis*, la funzione si affianca all'*operations management* in quanto identifica i cluster di pazienti sulla base dei quali si possono poi costruire i percorsi e i processi. In questo senso, l'utenza che accede tramite la libera professione può essere considerata un cluster con un canale dedicato; il fatto poi di essere inclusa nell'UO di GO è un segnale di ricerca di integrazione e coordinamento tra il canale istituzionale e il canale a pagamento. Secondo questo approccio, l'UOC «Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione» della Fondazione IRCCS Ca Granda – Ospedale Maggiore

re, comprende «le attività di accoglienza e accettazione amministrativa (CUP/casse, Uffici agende, nascite, ricoveri, stranieri) Libera professione, Marketing e Segreterie amministrative di reparto».

Di più immediata comprensione è la scelta di includere insieme alla funzione di GO anche quella relativa ai sistemi informativi (UOC «Gestione Operativa e Sistemi Informativi» all'ASST Melegnano e Martesana): così facendo l'attività di acquisizione dei dati viene direttamente collegata all'attività di analisi e di presidio dei processi con l'intento di armonizzare i due ambiti.

Un approfondimento sulle UO semplici afferenti a UO complesse consente poi di cogliere i vari accostamenti anche quando questi non sono esplicitati nella denominazione. L'UOC «Gestione Operativa» dell'ASST di Lecco, ad esempio, è in staff al Direttore Generale e include:

- a. l'UOS «Accoglienza» che gestisce l'accesso delle attività specialistiche ambulatoriali e relativi flussi informativi di tutta la ASST. Si articola in quattro settori: il Settore Front Office dei Presidi Ospedalieri e Territoriali che gestisce l'amministrazione dei punti di accettazione e accoglienza dell'utenza; il Settore Ricoveri che gestisce l'attività amministrativa relativa ai ricoveri, pre-ricoveri e relativi flussi informativi; il Settore Recupero Crediti; il Settore Libera Professione che cura l'attività amministrativa di accettazione relativamente all'area di pagamento e solvenza, ivi compresa gestione delle proposte di convenzioni relative all'attività di Libera Professione intramuraria allargata.
- b. L'UOS «Servizi Informativi Sanitari» che si occupa dell'alimentazione del *data warehouse* aziendale e della gestione del debito informativo dell'Azienda verso gli enti istituzionali, con particolare riferimento ai flussi direttamente connessi allo svolgimento di attività sanitarie e dei relativi costi. Contribuisce, attraverso la collaborazione con la Struttura Programmazione e Controllo di Gestione e con la Struttura Qualità e Gestione del Rischio Clinico alla definizione degli indicatori relativi all'attività sanitaria e dei criteri di alimentazione dei sistemi di monitoraggio aziendale.

Da notare, nel caso dell'ASST di Lecco, lo stretto legame con la funzione di Controllo di Gestione che evidenzia e formalizza la necessità di integrazione tra governo dei processi e governo dei costi, spesso considerati come ambiti distaccati ma in realtà strettamente legati tra loro dalla misurazione di aspetti diversi dalle stesse «attività» produttive. Si pensi, ad esempio, alle logiche e strumenti di *activity based costing* e di *time activity based costing*. Questo approccio è stato sviluppato anche nella ASST di Monza, dove emerge in modo ancora più marcato il legame tra Controllo di Gestione e GO poiché, con il nuovo POAS, l'UO di Controllo di Gestione va a dipendere gerarchicamente dalla nuova Unità Operativa Complessa «Gestione Operativa». Tale UOC include anche la UOS

Tabella 18.1 **Tavola Sinottica: Risultati Censimento Aziende con Strutture Organizzative Dedicare alla Gestione Operativa (come da sito, organigramma e atto aziendale)**

Regione	Azienda	Denominazione Funzione di Gestione Operativa	Unità o meccanismi organizzativi	Afferenza	Ambito di attività			Tipo di responsabilità	
					Logistica pazienti	Asset Management (aree produttive)	Supply Chain (logistica beni)	Diretta/Program-mazione	Consulenza interna/supporto/project management
Piemonte	AOU San Luigi Gonzaga	3 Gruppi di Lavoro: Bed Management, Operating Room Management, Day Care Management	Gruppi di Lavoro	DS e DMPO		X			X
Emilia Romagna	Policlinico S. Orsola Malpighi	Logistica Sanitaria	Programma	DS	X	X	X	X	X
Toscana	AOU Pisa	Gestione Operativa	Area funzionale	DS	X	X	X*		X
Toscana	Meyer	Bed Management e flussi pazienti	Ufficio	DS	X	X		X	
Piemonte	ASL Biella	Operations management	Ufficio	DG	X	X			X
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (a)	Gestione Operativa Processi	Ufficio	UOC Accoglienza Marketing e Area Privata (DA)	X	X		X	
Lombardia	Fondazione IRCCS San Matteo	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Lariana	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (b)	Gestione Operativa Sociosanitaria	Funzione	DSS	X	X			X
Lombardia	ASST Vimercate	Gestione Operativa	Funzione	DG	X	X		X	
Lombardia	Istituto Nazionale Tumori	Gestione Operativa	Posizione Organizzativa	DS	X	X		X	X
Campania	ASL Napoli 1 Centro	Monitoraggio processi organizzativi e bed management	UOS	DMPO	X	X		X	
Lombardia	ASST Valtellina e Alto Lario	Gestione Operativa e Flussi	UOS	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Ovest Milanese	Gestione Operativa	UOS	DG	X	X	X	X	X
Lombardia	ASST Pavia	Gestione Operativa	UOS	UOC Raccordo Funzionale Sanitario (DS)	X	X		X	X

Tabella 18.1 (segue)

Regione	Azienda	Denominazione Funzione di Gestione Operativa	Unità o meccanismi organizzativi	Afferenza	Ambito di attività			Tipo di responsabilità	
					Logistica pazienti	Asset Management (aree produttive)	Supply Chain (logistica beni)	Diretta/ Program- mazione	Consulenza interna/supporto/ project management
Lombardia	ASST Cremona	Gestione Operativa	UOS	DG	X	X		X	
Lombardia	ASST Spedali Civili di Brescia	Gestione Operativa	UOS	DS	X	X		X	
Lombardia	ASST Melegnano e Martesana	Gestione Operativa e Sistemi Informativi	UOS	DG	X	X		X	X
Toscana	AOU Siena	UOSA Lean	UOS Autonoma	DG	X	X			X
Lombardia	ASST Santi Carlo e Paolo (a)	Gestione Operativa Sale Operatorie	UOS Dipartimentale	DS	X			X	
Emilia Romagna	AUSL Reggio Emilia	Operations management	UOC	DMPO	X	X		X	X
Emilia Romagna	AUSL Modena	Gestione Operativa e Logistica Integrata dei Percorsi	UOC	Direzione strategica	X	X		X	X
Lombardia	ASST Garda	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST PapaGiovanniXVIII	Gestione Operativa	UOC	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Lecco	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Valle Olona	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Fatebenefratelli Sacco	Gestione Operativa	UOC	DS	X	X		X	X
Lombardia	ASST Mantova	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Monza	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Bergamo Ovest	Gestione Operativa	UOC	DG	X	X		X	X
Lombardia	ASST Santi Carlo e Paolo (b)	Gestione Operativa Area Territoriale	UOC	DSS	X	X		X	X
Lombardia	Fondazione IRCCS Ca Granda - Ospedale Maggiore	Gestione Operativa, Marketing e Libera Professione	UOC	DG	X	X			X

* Solitamente il processo di sterilizzazione.

Legenda: DG (Direttore Generale), DS (Direttore Amministrativo), DSS (Direttore Socio-Sanitario), DMPO (Direzione Medica di Presidio Ospedaliero)

Sistemi Informativi Aziendali, la funzione Programmazione Ambulatori/CUP, la Programmazione Sale Operatorie e Posti Letto.

Da quanto rilevato, risulta pertanto evidente che la funzione Gestione Operativa, laddove è e sarà introdotta, è la principale candidata a diventare il perno sul quale trovare un raccordo tra rilevazione delle informazioni, governo delle attività e governo dei costi.

Oltre ai confini relativi agli ambiti aziendali su cui queste strutture vanno ad operare, un ultimo aspetto che è stato possibile rilevare, con le limitazioni del caso, è quello relativo ai compiti e al tipo di responsabilità affidato. Dai funzionigrammi e atti aziendali analizzati si registrano, nel complesso, due categorie di compiti e responsabilità. Una di «responsabilità diretta» sulla rilevazione strutturale delle informazioni, sulla programmazione e gestione dei processi e unità produttive. L'altra di «consulenza interna», orientata al monitoraggio delle operazioni, al coordinamento e al supporto di altre figure predisposte al governo i processi (Direzione Strategica, SITRA, Coordinatori di Sale Operatorie ecc). Questo secondo paradigma è particolarmente chiaro nell'AOU di Siena, dove la «UOSA Lean» incide sui processi supportando e coordinando le varie aree decisionali attraverso misurazioni ad hoc, analisi sistematiche, proposte di miglioramento e attività di formazione. Nell'AOU San Luigi Gonzaga il ruolo dei gruppi di lavoro di Bed Management, Operating Room Management e Day Care Management è sostanzialmente quello di lavorare su delle specifiche progettuali. Nel resto dei casi, il confine tra responsabilità diretta e consulenza interna è sfumato, ma si può concludere che la maggior parte delle strutture analizzate le comprende entrambe. Nell'ambito delle responsabilità dirette, prevale comunque un ruolo di programmazione e pianificazione piuttosto che di gestione «sul campo» dei processi e piattaforme produttive. La Gestione Operativa rimane quindi una funzione «strategica» che garantisce il raccordo tra decisioni strategiche e decisioni operative; non è un caso che venga posta in staff alla direzione generale o sanitaria. La responsabilità nella programmazione sancisce poi un passaggio fondamentale nella gestione della pianificazione dell'attività aziendale: non più legata alla negoziazione tra direzione strategica, coordinamento piattaforme produttive e dipartimenti clinici ma allocata, appunto, a un unico organo «tecnico» dedicato che dovrebbe operare secondo strumenti e logiche di ottimizzazione operativa.

18.4 Analisi dei risultati

I risultati mostrano una netta prevalenza di strutture organizzative formalizzate di GO in Regione Lombardia, senz'altro generate dalla volontà delle aziende di rispondere alle richieste delle Linee guida regionali in materia di POAS che evidenziavano la necessità di definire una funzione di GO aziendale. Il cen-

simento ha evidenziato, invece, una scarsa strutturazione nel resto degli SSR, tranne alcuni casi distribuiti nelle Regioni Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Campania.

Riprendendo le teorie organizzative di Di Maggio e Powell (1983), si può affermare che in Regione Lombardia si stia assistendo a un fenomeno di «isomorfismo organizzativo», ossia un processo in cui le organizzazioni facenti parte di una determinata popolazione tendono a diventare simili (prendere la stessa forma organizzativa) tra di loro. In particolare, il tipo di isomorfismo che si può riscontrare nelle ASST lombarde è «coercitivo», in quanto le organizzazioni sono spinte ad adottare delle forme strutturate di GO poiché richiesto da normative regionali e linee guida. Nonostante ciò, di fronte ad una denominazione abbastanza omogenea (nella quasi totalità dei casi si è scelto il «titolo» di GO per tali forme organizzative) si manifestano comunque delle differenze nella strutturazione della funzione, nelle attività svolte e nei collegamenti con altre funzioni aziendali quali marketing, libera professione, sistemi informativi e controllo di gestione (che, in alcuni casi, sono parte integrante delle *mission* delle UO oppure ne sono dipendenti gerarchicamente).

Sarà interessante, in un prossimo futuro, andare a indagare come la funzione di GO – oggi inserita nell'organigramma della maggior parte delle ASST lombarde – potrà svilupparsi e consolidarsi, magari conducendo a percorsi di attuazione differenti dell'OM, nonostante vi sia alla base una tendenza all'adeguamento dettata dall'isomorfismo coercitivo.

Nel caso delle Aziende toscane, la letteratura analizzata nel paragrafo 1.1 (Del Vecchio e Roma 2012) riporta come il percorso di introduzione di logiche e strumenti di gestione per processi abbia avuto origine da alcune esperienze aziendali (in particolare, si ritrovano anche in quest'analisi l'AOU di Pisa e l'AO Meyer di Firenze). Tali esperienze, successivamente, sono state riprese e valorizzate dall'Assessorato al Diritto alla Salute che, intorno al 2012, ha promosso un progetto denominato «Ottimizzazione del flusso del paziente» con l'obiettivo di costruire un *network* regionale per il *benchmarking* e la diffusione di buone pratiche sull'OM (Del Vecchio e Roma, 2012). In questo caso sembra riscontrarsi un percorso di isomorfismo di tipo «normativo», in quanto le organizzazioni tendono ad assomigliarsi le une alle altre poiché condividono valori e prospettive simili almeno per due motivi (Di Maggio e Powell, 1983): a) i manager e i professionisti tendono a passare da un'organizzazione all'altra portando con sé le norme e i valori che avevano costruito o recepito nelle aziende precedenti⁵; b) le organizzazioni acquisiscono valori e visioni affini poiché at-

⁵ In particolare, il Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria di Firenze (Azienda che ha cessato di esistere dopo il percorso di riordino istituzionale del SSR toscano del 2015) che aveva introdotto logiche e strumenti di OM proprio nella sua azienda ed era poi stato nominato assessore al Diritto alla Salute influenzando il contesto sanitario regionale sulla necessità di sviluppare e implementare tali innovazioni gestionali.

traverso incontri, pubblicazioni, forum professionali o accademici arrivano a condividere idee simili.

Oggi la situazione in Toscana è diversa dal passato poiché il riordino del SSR ha portato alla costituzione di 3 grandi Aziende Sanitarie territoriali che hanno assorbito le precedenti ASL dove si erano sviluppate alcune importanti esperienze di OM. Non sembra, dalla nostra rilevazione, che tali forme organizzative della funzione di GO abbiano avuto una ulteriore strutturazione a seguito del cambiamento. Da un lato, l'avvicendamento dei manager (per motivi professionali, di turn over ai vertici o, semplicemente, di diminuzione del numero di cariche) potrebbe aver smorzato l'attenzione verso l'introduzione di forme strutturate di OM da parte delle aziende; dall'altro, la Regione Toscana non ha richiesto nei propri documenti di indirizzo organizzativo una strutturazione formale di tale funzione all'interno delle nuove Aziende Sanitarie territoriali, cosa che probabilmente avrebbe condotto verso un percorso di isomorfismo «coercitivo» simile alla Lombardia. Permangono le esperienze, ormai radicate, delle AOU toscane.

Gli altri percorsi di strutturazione della funzione di GO potrebbero, invece, essere stati spinti da volontà endogene ed accelerati da logiche di isomorfismo «mimetico», ossia l'imitazione della struttura e dei processi delle organizzazioni di successo. Tale isomorfismo avviene, in particolare, quando l'ambiente è molto incerto e l'azienda sta cercando di trovare la struttura, la strategia, la cultura e il sistema tecnologico e tecnico che le consentiranno di sopravvivere o, semplicemente, di raggiungere una maggiore efficienza (Di Maggio e Powell, 1983; Jones, 2007).

Il caso dell'AOU Sant'Orsola Malpighi può essere, ad esempio, spiegato dall'adesione a un progetto formativo regionale (progetto di «Modernizzazione» degli ospedali) che mirava alla sensibilizzazione e diffusione di conoscenze teoriche e operative sulla trasformazione degli ospedali verso modelli «per intensità di cura» attraverso un confronto con *benchmark* internazionali e nazionali⁶, coinvolgendo tutte le Aziende Sanitarie della Regione. Tale percorso formativo aveva condotto alla definizione di diversi progetti aziendali sui temi della riorganizzazione delle degenze per intensità di cura e dell'introduzione di logiche di GO, che possono ricondursi alla volontà dell'AOU Sant'Orsola Malpighi di modificare la propria organizzazione verso strutture e processi rappresentati come *best practices* nazionali e internazionali.

Ovviamente, queste prime disquisizioni sul tipo di motivazioni (e di spinte all'isomorfismo) che hanno condotto le aziende a definire una forma struttu-

⁶ Il percorso formativo, tenutosi tra il 2011 e il 2012, aveva come titolo: «Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura: confronti nazionali e internazionali». Tale corso aveva come temi di riferimento la trasformazione degli ospedali verso logiche di intensità di cura e di assistenza, la gestione operativa, la costruzione di un modello per l'analisi dell'impatto della riorganizzazione nelle aziende.

rata della funzione GO dovranno essere approfondite, in futuro, con un'analisi di casi per verificare quali effettivamente siano state le ragioni su cui poggia il cambiamento dell'assetto organizzativo per ciascuna delle ASP coinvolte.

18.5 Discussione, implicazioni e conclusioni

Il quadro che restituisce l'analisi del grado di formalizzazione della funzione di gestione operativa nelle aziende sanitarie è ancora molto parziale. Tuttavia, alcune riflessioni sono già possibili, così come ulteriori tentativi di analizzare e prevedere i possibili sviluppi di un fenomeno ancora in divenire.

Un primo dato emerge dalla discussione rappresentata nel precedente paragrafo, e cioè la correlazione evidente tra la strutturazione crescente della funzione di gestione operativa e la pressione istituzionale e normativa posta dalla Regione. Toscana prima, Emilia Romagna poi e Lombardia recentemente hanno avviato progettualità di livello Regionale ed inserito nelle norme o linee guida precisi indirizzi in materia. Altre Regioni ci stanno pensando, ma è chiaro che il «mandato» istituzionale assume rilevanza. E forse, non tanto, per quanto si potrebbe intendere interpretando la discussione, per una mancanza di iniziativa o visione strategica delle Direzioni Aziendali. Quanto, più probabilmente, perchè in assenza di tale mandato, gli investimenti necessari ed i riconoscimenti istituzionali legati alla strutturazione di una nuova funzione manageriale sono stati quasi, se non impossibili in molte Regioni. Certamente in tutte quelle in piano di rientro. Più estesamente si potrebbe dire in tutte le Regioni, dove il numero di strutture amministrative/gestionali era ed è tutt'ora soggetto ad un rigido controllo.

Questa riflessione ci porta ad un secondo dato. Il primo riconoscimento della funzione di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN può essere riconducibile alla sua concezione a metà anni '90 nel nascente ospedale privato Istituto Clinico Humanitas (e prima ancora anche il Sordi-Tersilli, primario di Villa Celeste, aveva il quadro a luci dell'occupazione dei posti letto dietro la sua scrivania). Da allora sono passati oltre 20 anni, durante i quali, molte volte il tema è stato affrontato e discusso, in dibattiti, attività formative, pubblicazioni. Chi scrive ha personalmente avuto l'occasione di discutere della gestione operativa nella sua attività formativa a partire dall'inizio degli anni 2000, nell'ultima decade ha diretto scientificamente per la Bocconi il laboratorio di logistica del paziente, ha pubblicato numerose volte sul tema (Lega et al., 2006; Giusepi et al., 2012; Lega, 2012; Carbone et al., 2013), tra cui i contributi già richiamati in precedenza, e ha avuto l'opportunità di seguire e contribuire a molte delle esperienze pilota, da quelle Toscane ai processi di modernizzazione degli ospedali dell'Emilia Romagna fino alle linee guida sui POAS della Lombardia. In tutte queste esperienze emergeva con assoluta chiarezza che la centralità del

tema era presente nei quadri strategici delle direzioni aziendali, e che vi era consenso sull'importanza di investire in questa direzione. Ancora più interessante del chiedersi cosa abbia spinto «solo» 30 aziende (dato poi «dopato» dai numeri lombardi) a istituire formalmente una struttura dedicata alla gestione operativa, è chiedersi il perchè tutte le altre non lo abbiano fatto. Qui le riflessioni e interpretazioni possono essere diverse:

- ▶ Perchè il blocco prolungato del turn-over, in particolare nell'area amministrativo-gestionale, ha impedito investimenti mirati in quest'area;
- ▶ Perchè di fronte a carenze e difficoltà nella sostituzione del personale medico e sanitario, i sindacati si sono opposti – anche quando possibile – a qualsiasi potenziamento dell'area amministrativa (soprattutto se foriera dell'introduzione di metodi di lavoro per aumentare la produttività e invadenti le sfere dell'autonomia professionale);
- ▶ Perchè la gestione operativa è uno dei diversi «terreni contendibili» tra diverse professionalità presenti in azienda: medici di direzione, infermieri, ingegneri gestionali, economisti/amministrativi ecc. Da cui una difficoltà a regolare il «traffico» su chi dovesse o potesse prendere la direzione della funzione stessa e uno sviluppo delle attività connesse frammentato tra le diverse professionalità e con equilibri connesse;
- ▶ Perchè le recenti riorganizzazioni e crescite dimensionali di molte aziende sanitarie, se da un lato ha creato opportunità per ripensare gli schemi organizzativi, dall'altro ha prodotto attenzioni strategiche e necessità operative su molti fronti «caldi», lasciando poco spazio o comunque sullo sfondo questioni che possono attendere o comunque foriere di ulteriori «sensibilità», come richiamato nei punti precedenti.
- ▶ Perchè le direzioni mediche di presidio ospedaliero hanno sofferto del fenomeno ben conosciuto nella letteratura organizzativa della cosiddetta «*retention of solutions*», altrimenti più prosaicamente riconducibile alla «trappola della competenza», per cui loro gestione operativa (della sala operatoria, del posto letto, degli ambulatori ecc.) già la facevano. E che bisogno c'era quindi di introdurre una formale?

Qualunque sia la spiegazione del ritardo accumulato dalle aziende sanitarie italiane nello sviluppare la funzione della gestione operativa, sia essa una di quelle sopra discusse o un'altra ancora, quello che si percepisce è che comunque, oltre alle 30 aziende che formalmente l'hanno strutturata, diverse altre hanno pezzi di tale funzione «diffusa» tra le professionalità già presenti in azienda. Il bed management in vari modi è gestito sia dalle direzioni mediche di presidio che dalle direzioni assistenziali. Le ronde nel *week-end* per la «caccia» al posto letto sono una modalità artigianale di fare gestione operativa. Il «tetris» con i medici per occupare gli ambulatori ne è un altro esempio.

Una funzione «diffusa» che inevitabilmente nei prossimi anni, se non mesi, vedrà una crescente strutturazione. Perchè ormai, la pressione alla crescente produttività degli «stabilimenti sanitari» (efficienza e velocità dei processi produttivi) si accompagna a una altrettanto se non più forte pressione alla qualità, agli esiti, alla sicurezza. Occorre quindi superare nettamente la concezione autopoietica della produzione di servizi sanitaria lasciata all'autonomia dei professionisti, e trovare il modo di coniugare intelligentemente le esigenze di produttività con quella di produzione di valore (è evidente che le due cose non corrispondono).

E una gestione operativa «moderna» è strumento al servizio di questo obiettivo. Per migliorare non solo l'uso degli «asset» dell'azienda sanitaria, ma anche le modalità e i contenuti dei processi produttivi. E sulla gestione operativa che si possono appoggiare le attese di sviluppo di una *value-based healthcare*, dove l'uso più efficiente di una tecnologia o piattaforma produttiva è programmato dopo aver analizzato l'efficacia e appropriatezza dei processi che generano tale uso. Questo permetterà di ricomporre l'universo frammentato delle competenze, progetti, attività collegati alla qualità, ai PDTA, al *process reengineering*, al lean, al *risk management* ecc. attorno al processo produttivo e alla conseguente «patient experience» (e quindi al marketing e alla comunicazione collegata).

Siamo quindi solo all'inizio di uno sviluppo che ci auguriamo sarà importante. E probabilmente anche strutturato. Ovviamente con soluzioni che almeno in parte dovranno rispettare le contingenze locali, la storia, le competenze diffuse, le capacità e necessità operative.

Sviluppo che assocerà alle competenze di gestione degli asset (posto letto, sala operatoria, ambulatorio, tecnologie) quelle di ottimizzazione dei processi (BPR, PDTA, lean ecc.); che per le aziende sanitarie locali oltrepasserà gli asset dello stabilimento per interessare diverse altre aree «ottimizabili» con una gestione operativa efficace: i trasporti, gli ausili, la logistica delle strutture intermedie, ecc.

Se tutto questo è vero, e chi scrive è convinto che una gestione operativa progettata e implementata nei modi e tempi corretti sia irrinunciabile nella sanità moderna, quindi, quali implicazioni ne possiamo derivare per l'SSN intero, e per la singola azienda sanitaria? Tra i molti argomenti che potrebbero essere qui discussi, quattro sono a parere di chi scrive i più rilevanti o per importanza o per urgenza.

Il primo è quello di inserire la gestione operativa come focus strategico nell'agenda del SSN. Come in passato lo è stato il controllo di gestione (a partire dal 502/92 con le analisi di «rendimenti e costi»), il risk management, la qualità, e recentemente il governo clinico tramite l'attenzione sugli esiti/appropriatezza. Dare quindi alla gestione operativa una «dignità» di sistema, laddove ormai abbiamo evidenze chiare che è necessaria per aumentare le possibilità di

«estrarre» il massimo valore possibile dai processi produttivi sanitari, ed aiutare le aziende sanitarie a fare il salto «*from good to great*» (Lega et al. 2013).

Secondo, occorre mettere rapidamente a sistema, in comunione, le conoscenze e competenze maturate a oggi in tema di gestione operativa. Non ci sono infiniti modi per ottimizzare una sala operatoria o per fare «*bed management*». La gestione operativa non è come il budget un portato della sovrastruttura culturale tramite cui si esprime lo stile di leadership del vertice direzionale, per cui possono esserci modi, tempi e sfumature anche molto diverse nel suo esercizio. È prima di tutto una funzione tecnica, che si fonda su tecniche. Tecniche che possono e devono essere messe a sistema nel SSN o nei diversi SSR. L'attività formativa può essere in questo di grande contributo, ma prima di tutto occorre creare occasioni perchè si consolidino le comunità di pratiche tra chi esercita i ruoli di *operations manager*, e produrre materiali metodologici e di manualistica allo scopo.

Terzo, occorre individuare e facilitare l'acquisizione degli strumenti informatici necessari alla funzione, consentendo alle aziende sanitarie di avere rapidamente accesso ad essi attraverso il sostegno agli investimenti necessari e la definizione/selezione tecnica degli strumenti (loro specifiche e funzionalità) da implementare, di modo da garantire nel tempo confrontabilità, interoperabilità, sviluppi.

Quarto punto, infine, è quello di creare una palestra formativa per i profili degli *operations manager* dedicati alla sanità e introdurre aspetti di gestione operativa nei percorsi di specializzazione dei medici di direzione sanitaria e di quelle specialità maggiormente interessate (anestesisti e chirurghi per le sale operatorie, internisti e geriatri per il posto letto ecc.). Nonchè nei percorsi formativi degli infermieri. Le scuole di formazione, ma Agenas stessa, e le federazioni (FIASO e FederSanità) potrebbero farsi promotori di questo percorso. Un percorso formativo che prepari i futuri *operation manager* con quelle competenze necessarie per coniugare il rigore della tecnica con l'attenzione alle attese dei pazienti e dei professionisti. Perché alla fine, se un'azienda sanitaria è certamente qualcosa di più che la somma dei professionisti che vi lavorano, non sarà mai meglio di quanto essi decidono di farla diventare.

Bibliografia

- Barnabè F., Ruggiero P., Guercini J., Bracci L. (2014), «*Il lean thinking tra efficienza, efficacia e valore nell'azienda pubblica: il caso dell'azienda ospedaliera senese*», *Azienda Pubblica*, 27(4), pp. 347-377.
- Bensa G., Prenestini A., Villa S. (2008). «*La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento*», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'azionalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, EGEA, pp. 327-364.

- Carbone C., Lega F., Marsilio M., Mazzocato P. (2013), «Lean on lean? Indagine sul perché e come il lean management si sta diffondendo nelle aziende sanitarie italiane», in CeRGAS – Bocconi, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. Rapporto OASI 2013*, EGEA, Milano, pp. 394-427.
- Chandler A.D.J. (1993). *Strategia e Struttura*. (Edizione originale: *Strategy and structure*. Cambridge, MA, The MIT Press, 1969). Milano: Franco Angeli Editore.
- Davies C., Walley P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(1), pp. 21-26.
- Del Vecchio M. (2000), «Evoluzione delle logiche di organizzazione delle aziende sanitarie pubbliche», *Mecosan*, 33, pp. 9-28.
- Del Vecchio M., Roma I. (2012), «L'operations management come innovazione gestionale» *Mecosan*, 81, pp. 27-46.
- Di Maggio P.J., Powell W.W. (1983), «The Iron Cage Revisited: Institutional Isomorphism and Collective Rationality in Organizational Fields», *American Sociological Review*, 48(2), pp. 147-170.
- Giusepi I., Lega F., Villa S. (2012), «Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto», in Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2012*, Milano, Egea, pp. 439-460.
- Jones G.R. (2007), *Organizzazione. Teoria, progettazione, cambiamento*, Ed. italiana a cura di Giuseppe Soda (Edizione originale: *Organizational Theory, Design and Change*, Pearson, 2003), Milano, Egea.
- Langabeer J.R. (2008), *Health Care Operations Management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Lega F., Spurgeon P., Prenestini, A. (2013), «Is management essential to improving the performance and sustainability of healthcare systems and organizations? A systematic review», *Value in Health*.
- Lega F. (2012), «Oltre i pregiudizi e le mode: natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale», *Rapporto Oasi 2012*.
- Lega F., Alesani D., Barbieri M., Villa S. (2006), «Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota», in Anessi Pessina E., Cantù E. (editors), *L'Aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006*, Milano, Egea.
- Villa S. (2012), *L'operations management a supporto del sistema di operazioni aziendali*, Padova, CEDAM.