

13 Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto¹

di Isabella Giusepi, Federico Lega, Stefano Villa²

13.1 Introduzione

Negli ultimi anni, la crescente pressione sul rispetto di equilibri economico finanziari e sulla produzione di elevati standard qualitativi nell'assistenza, ha consolidato il concetto di «fare meglio con meno», facendo chiaramente emergere il fabbisogno di individuare le combinazioni ottimali degli input³, al fine di garantire efficaci processi assistenziali, nel rispetto dell'efficienza e dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Storicamente, all'interno delle organizzazioni sanitarie, la gestione delle risorse è stata affidata ai responsabili dei processi clinico-assistenziali, ovvero all'area professionale. La figura del medico-manager è stata il cardine del modello ospedaliero tradizionale, un ruolo che in alcune realtà aziendali si è pienamente affermato con la creazione di dipartimenti gestionali, al fine di ricercare economie di scala e di supportare la condivisione di risorse produttive prima parcellizzate nelle unità operative.

La crescente attenzione al controllo sul consumo delle risorse e la necessità del sistema sanitario di combattere le inefficienze, ha dato l'avvio a una riflessione, che si sta sviluppando oggi primariamente in ambito ospedaliero, sulla necessità di individuare chiare responsabilità nella gestione dei *setting* assistenziali e di introdurre competenze per ottimizzare gli input impiegati nei singoli processi. Al fianco del professionista nel suo ruolo di gestore delle risorse e di responsa-

¹ Si ringrazia per la collaborazione Alessandra Bruschi, Responsabile Controllo di Gestione A.O. Carlo Poma di Mantova, Silvia Pagliantini (Gestione Operativa, AOU Pisana) e Riccardo Bui, responsabile Gestione Operativa dell'ICH di Rozzano.

² Sebbene il capitolo sia frutto di un lavoro comune, i §§ 13.1 e 13.3.1 sono da attribuirsi a Isabella Giusepi, il § 13.3.3 a Stefano Villa, il § 13.2 a Isabella Giusepi e Stefano Villa e i §§ 13.3.2 e 13.4 a Federico Lega.

³ Gli input intesi come, ad esempio: (i) posti letto, (ii) farmaci, (iii) dispositivi medici, (iv) ore-lavoro del personale infermieristico e di supporto.

bile del processo assistenziale, si introducono competenze e talvolta ruoli a garanzia di un efficiente impiego delle risorse.

In tal senso, la disciplina dell'*Operations Management* (OM), tradotta in italiano con il termine «Gestione operativa», ha iniziato a trovare affermazione all'interno delle organizzazioni sanitarie (Bensa, Prenestini, Villa, 2008).

Già nel 2008, il rapporto Oasi aveva affrontato la tematica dell'OM in ambito sanitario, in particolare proponendo una metodologia di analisi e avviando una riflessione sulle leve di intervento relative alla logistica del paziente (o *patient flow logistics*).

Il presente capitolo intende approfondire i contenuti dell'OM in ambito sanitario e gli strumenti a supporto di questa funzione. Attraverso l'analisi di tre casi aziendali, ci si sofferma sull'evoluzione degli assetti organizzativi per capire quali cambiamenti della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi (in particolare sistemi informativi e processo di programmazione e controllo) sono necessari per sviluppare e consolidare la funzione della gestione operativa all'interno delle aziende sanitarie.

13.2 I contenuti della funzione di Operations Management e la sua declinazione in ambito sanitario

Gli strumenti e le teorie dell'OM sono orientati ad individuare le modalità ottimali di gestione delle risorse impiegate nel processo produttivo, con lo scopo di garantire un vantaggio competitivo e la crescita dell'organizzazione, nel rispetto della strategia aziendale.

L'OM è quindi il processo di progettazione, realizzazione e miglioramento dei sistemi produttivi, ovvero l'insieme delle attività di pianificazione, controllo e aggiornamento del sistema di produzione coerentemente alle risorse umane, alle attrezzature e ai servizi impiegati nella produzione di un prodotto o di un servizio (Chase *et al.* 2001). In letteratura, l'OM è inoltre definita come (i) l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto (Davies e Walley, 2000); (ii) l'insieme di metodologie, strumenti e approcci utilizzati per l'analisi e il miglioramento dei processi che trasformano input in output (Langabeer 2008).

Parallelamente al filone dell'OM, si evidenzia quello dell'*Operations Research* (OR), orientato principalmente allo sviluppo di tecniche statistiche e modelli matematici. Come sottolineano Chase *et al.* (2001), spesso l'OM viene confuso con altre discipline affini, quali l'OR o il *Management Science* (MS) e con la progettazione industriale (*Industrial Engineering* - IE). La differenza fondamentale tra OM e le altre discipline consiste nel fatto che l'OM attiene alle scelte manageriali, mentre OR e MS prevedono l'applicazione di strumenti quantitativi.

vi ai processi decisionali e l'IE si focalizza sui processi di progettazione industriale (Chase *et al.*, 2001).

In conclusione si ritiene importante fare un distinguo tra l'OM e l'OR. Come già detto l'OM si configura come funzione aziendale che attiene alla scelte manageriali di programmazione, gestione e controllo dei processi produttivi. L'OR (in italiano ricerca operativa) fornisce invece strumenti matematici di supporto alle attività decisionali in cui occorre gestire e coordinare attività e risorse limitate al fine di massimizzare o minimizzare una funzione obiettivo. La disciplina della ricerca operativa si caratterizza anche per modelli matematici piuttosto sofisticati – quali la teoria delle code, la simulazione e la programmazione lineare – che possono sicuramente offrire un valida base informativa a supporto di alcune scelte della gestione operativa.

Gli strumenti a supporto della disciplina dell'OM sono numerosi e variegati, impiegati nelle attività di analisi e riprogettazione dei processi. Tra tali strumenti si evidenziano (Chase *et al.*, 2001⁴):

- ▶ Diagrammi di flusso, finalizzati a fornire una rappresentazione grafica del processo, che metta in evidenza le attività che compongono il processo stesso, le persone responsabili del ruolo e i nodi del ruolo stesso.
- ▶ *Run chart*, che rappresentano i trend dei dati nel tempo e mettono in relazione l'asse temporale (ordinate) e i volumi di produzione (ascisse), rispetto alla media di produzione.
- ▶ Grafici di Pareto, orientati a scomporre un problema, osservando le cause che lo generano.
- ▶ *Root cause analysis*, ovvero diagrammi a lisca di pesce, che mostrano le relazioni tra cause potenziali e problemi in esame.
- ▶ Carte statistiche di controllo, ovvero grafici che riportano diversi dati statistici raccolti nel tempo, fra cui un valore centrale medio e uno o più limiti di controllo.

Nella disciplina dell'OM vengono inoltre impiegati i programmi di *Total Quality Management* (TQM) e l'approccio *Six Sigma*. Il TQM è definito come «la gestione dell'intera organizzazione in modo che essa possa essere eccellente relativamente agli aspetti del prodotto e del servizio importanti per il cliente» (Chase *et al.* 2001). Il TQM racchiude le teorie che fanno riferimento alla filosofia *kaizen* ovvero del «miglioramento continuo dei processi e dell'organizzazione». Parallelamente, l'approccio *Six Sigma*, fortemente quantitativo, è finalizzato a ridurre la variabilità in un processo, orientando quindi gli interventi nella produzione verso la riduzione della deviazione standard.

⁴ Per un esempio degli strumenti, si consiglia la lettura del capitolo: «*Total Quality Management: Orientamento al Six Sigma*» di Chase *et al.* (2001).

Oggi un modello che sta sicuramente acquisendo popolarità è il modello *lean* che, di fatto, ripropone in una nuova cornice logiche, tecniche e strumenti già presenti in altri approcci e approcci:

- (i) La gestione per processi;
- (ii) Il controllo in tempo reale dello stato di avanzamento del processo di produzione (*visual mapping*);
- (iii) L'eliminazione degli sprechi⁵;
- (iv) L'adozione dell'approccio *Just In Time* che teorizza l'eliminazione completa delle scorte;
- (v) La filosofia *kaizen* del miglioramento continuo;
- (vi) Il passaggio da logiche «*push*» a logiche «*pull*» nella organizzazione delle varie attività che caratterizzano il processo.

La disciplina dell'OM in ambito sanitario, come evidenziato da Bensa *et al.* (2008), si traduce, nell'insieme delle scelte relative alla gestione dei flussi logistici (beni e persone), alla programmazione e al controllo di tutti i processi produttivi a supporto dei percorsi di cura. L'obiettivo perseguito da chi svolge tale funzione è quindi quello di assicurare il coordinamento e la massima integrazione tra la logistica (intesa nel senso più lato di gestione degli input di produzione), le diverse aree produttive ospedaliere, quali ad esempio aree di degenza, sale operatorie, terapia intensiva e pronto soccorso, a supporto delle attività cliniche che compongono i percorsi diagnostico terapeutici, garantendo le condizioni affinché il processo clinico assistenziale possa essere efficace e svolgersi senza sprechi di risorse.

Nell'ambito dell'OM, l'analisi dei processi e la programmazione della capacità produttiva hanno l'obiettivo di ridurre la variabilità all'interno del processo produttivo, considerando «variabilità» ogni scostamento rispetto a una sequenza standard di attività. Come evidenziato da Villa *et al.* (2007), le fonti di variabilità che caratterizzano i processi nelle organizzazioni sanitarie sono molteplici: si identificano la variabilità clinica, ovvero relativa alle condizioni cliniche del paziente e alla risposta del paziente ad un determinato trattamento, la variabilità dei comportamenti professionali legata a differenti preferenze, competenze, conoscenze ed abilità che caratterizzano un professionista (si pensi, ad esempio, alle discipline chirurgiche: il tempo chirurgico per eseguire una data operazione può variare significativamente da un chirurgo ad un altro e può essere influenzato da diverse variabili: preferenze sul tipo di tecnica chirurgica, competenze ed abilità personali); la variabilità dei flussi dei pazienti,

⁵ In particolare il modello *lean* individua sette differenti categorie di sprechi: (i) sovrapproduzione; (ii) beni in attesa di utilizzo; (iii) spostamenti inutili di beni e informazioni; (iv) attese del personale; (v) scorte; (vi) movimenti di personale; (vii) disservizi ed errori.

che possono essere programmati o in emergenza-urgenza (Litvak *et al* 2005; Bensa *et al* 2008).

La variabilità rappresenta un fenomeno negativo nei sistemi di produzione, in quanto fonte di imprevedibilità, e impatta negativamente sulla capacità di programmare correttamente le aree produttive⁶. Come evidenziato da diversi autori che hanno affrontato la tematica (Litvak e Long, 2000, Litvak *et al.*, 2005, Bensa *et al.* 2008, Villa *et al.* 2007), la variabilità assume due diverse accezioni: (i) variabilità naturale, intrinseca alle caratteristiche dei processi di produzione sanitari e eliminabile e (ii) variabilità artificiale, ovvero una variabilità legata a comportamenti gestionali scorretti o malfunzionamenti nel processo.

I vari strumenti dell'OM sono finalizzati a garantire il miglioramento dei processi di produzione e il corretto utilizzo della capacità produttiva, al fine di ridurre la variabilità dei processi assicurando quindi la capacità di far fronte alla domanda di cure sempre in modo tempestivo ed efficiente.

Anche se gli strumenti e gli approcci dell'OM si pongono tipicamente come obiettivo immediato il miglioramento del profilo di efficienza dei processi di produzione, è importante evidenziare in questa sede anche l'impatto sull'efficacia e sicurezza dei processi di cura. L'esperienza sul campo e i risultati di alcuni studi mostrano che esiste un legame diretto tra una cattiva gestione delle aree produttive e la bassa qualità dell'assistenza offerta ai pazienti. Ad esempio, lo studio di Aiken e colleghi (2002) mostra un collegamento diretto tra la variabilità dei carichi di lavoro ed alcuni indicatori clinici come il tasso di mortalità e l'incidenza degli eventi sentinella.

Anche i ritardi nell'erogazione delle cure hanno evidentemente un rilevante impatto sulla performance complessiva del processo di cura⁷. La presenza di colli di bottiglia, e il conseguente rallentamento del processo di cura, determina un aumento delle giornate di degenza che può essere interpretato come indicatore non solo di efficienza ma anche, indirettamente, di qualità clinica. La durata delle degenza è infatti – a parità di altri fattori – il principale fattore di rischio delle infezioni ospedaliere.

Analogamente, aree produttive sovraffollate, pazienti collocati in *setting* assistenziali non appropriati (se non addirittura nei corridoi dell'ospedale) e ritardi nell'erogazione delle cure apportano ulteriore disagio e sofferenza nei pazienti, che vivono di per sé un momento particolarmente delicato. Tutte queste situazioni hanno poi un impatto diretto negativo sulla esperienza personale vissuta dal paziente all'interno della struttura sanitaria influenzandone, in ultima analisi, il complessivo livello di soddisfazione.

⁶ Le aree produttive o *asset* aziendali degli ospedali sono: gli ambulatori, i blocchi operatori, le aree di degenza, il Pronto Soccorso, i servizi per la diagnostica.

⁷ A titolo esemplificativo si segnala che la possibilità di intervenire chirurgicamente sulle fratture di femore entro le 48 ore è associata ad una riduzione statisticamente significativa della mortalità a 12 mesi (*Journal of American Geriatrics Society*, 54: 711-712, 2006).

La numerosità degli strumenti di OM non deve confondere il *management* delle aziende sanitarie rispetto all'obiettivo che assume chi svolge una funzione di OM, evitando di circoscrivere la funzione alla mera adozione di strumenti quantitativi, senza un percorso organizzativo che coinvolge l'intera realtà aziendale. Infatti, l'OM potrà svilupparsi con successo all'interno delle aziende sanitarie solo se assumerà un'ottica di servizio nei confronti dei processi primari clinico assistenziali riuscendo ad offrire un supporto organizzativo reale e concreto.

La letteratura (Visser e Beech, 2005; Hall 2006; Alesani *et al.* 2006; Villa *et al.* 2009) individua quattro macro aree di intervento dell'OM all'interno delle aziende sanitarie:

1. Lay-out e organizzazione degli spazi

Particolari soluzioni architettoniche, come la presenza di un blocco operativo unico, la creazione di una *recovery room*, di una *discharge room* o di aree di degenza modulari sviluppate orizzontalmente, consentano importanti miglioramenti nella gestione dei flussi dei pazienti.

2. Organizzazione delle aree produttive

Possiamo distinguere gli interventi riguardanti l'organizzazione delle aree produttive in due categorie: (i) interventi micro-organizzativi di ri-progettazione dei processi e (ii) interventi macro-organizzativi che determinano cambiamenti radicali nella complessiva gestione dei flussi (cose e persone) attraverso la creazione di nuovi spazi e di nuovi percorsi. Rispetto al primo punto, sicuramente un modello di riferimento attualmente molto di moda è *lean thinking* (pensiero snello) che propone una serie di strumenti ed approcci per la ri-progettazione di processi ed attività. Rispetto invece al secondo tipo di cambiamenti, la tendenza registrata negli ultimi anni è quella di superare l'organizzazione delle aree di ricovero per specialità cliniche introducendo modelli basati su driver più rispondenti ai bisogni clinico assistenziali dei pazienti, da qui l'affermazione del cosiddetto modello dell'ospedale per intensità delle cure.

3. Programmazione della capacità produttiva

La programmazione della capacità produttiva mira a realizzare un equilibrio ottimale fra la domanda e l'offerta di un determinato arco temporale. Le disfunzioni connesse alla gestione della capacità produttiva possono essere di origine strutturale, quando esiste un sottodimensionamento dell'offerta rispetto alla domanda, oppure derivare proprio da una cattiva programmazione: la domanda è in linea con l'offerta potenziale, ma solo in termini teorici perché l'attività è caratterizzata da una forte variabilità nella distribuzione degli accessi che genera ritardi, cancellazione di interventi, lunghi tempi di attesa, pazienti collocati in *setting* assistenziali non appropriati⁸. Ormai diversi studi a livello nazionale

⁸ Questa circostanza risulta evidente se si considera che molte strutture ospedaliere soffrono di questo tipo di problemi pur in presenza di tassi di occupazione ed indici di rotazione molto bassi.

ed internazionale (Aiken *et al.* 2002; Litvak *et al.* 2005; Bensa *et al.* 2008) mostrano che nella programmazione delle diverse aree produttive ospedaliere (e.g. sale operatorie, terapie intensive, ambulatori) esistono significativi elementi di variabilità artificiale – legati a disfunzioni dei processi, comportamenti scorretti e assenza di coordinamento – che possono e devono essere eliminati.

4. Tecnologie e Sistemi Informativi

Un'ulteriore leva di miglioramento della logistica del paziente riguarda le tecnologie ed i sistemi informativi.

Potenzialmente oggi le tecnologie e i sistemi informativi a disposizione garantirebbero la disponibilità di informazioni sempre più accurate, integrate e tempestive che permettono un governo in tempo reale delle *operations*. Recentemente le aziende sanitarie più mature (tra cui il caso dell'AO Pisana descritto nel § 13.3.3) hanno investito in modo significativo sul potenziamento dei sistemi informativi attraverso l'acquisto di software dedicati per la gestione dei posti letto e il controllo in tempo reale dello stato di avanzamento del percorso di cura del paziente⁹.

13.3 L'analisi dei casi

Nel contesto italiano, alcune organizzazioni sanitarie, hanno iniziato a sviluppare competenze di gestione operativa, spesso attraverso l'attivazione di ruoli, la creazione di Unità operative dedicate o attraverso progetti specifici di ottimizzazione e riorganizzazione di aree produttive, tipicamente ospedaliere.

In particolare, in alcune realtà aziendali, l'introduzione della funzione di OM ha comportato la modifica dell'assetto organizzativo delle aziende, inteso come il risultato della combinazione tra la struttura organizzativa, ovvero la modalità di distribuzione tra i vari organi aziendali dei compiti e delle responsabilità e i sistemi operativi, ovvero i meccanismi che governano la dinamica e la remunerazione dei prestatori di lavoro e l'assegnazione ai vari organi aziendali degli obiettivi e delle risorse (Airoldi *et al.*, 1994).

Il metodo di ricerca adottato nel presente capitolo è lo studio dei casi. Le tre realtà indagate sono l'Azienda Ospedaliera (AO) Carlo Poma di Mantova, l'Istituto Clinico Humanitas (ICH) di Rozzano e l'AO Universitaria di Pisa. Queste tre realtà hanno sviluppato competenze di OM in modalità diverse:

- L'esperienza dell'AO Carlo Poma di Mantova è stata caratterizzata da una fase iniziale di supporto da parte del personale amministrativo con competenze di OM alla creazione di dipartimenti gestionali e dall'attivazione parallela

⁹ È comunque importante contestualizzare tali innovazioni all'interno di una configurazione il più possibile integrata dei sistemi informativi cercando di attribuire una forte centralità al paziente e a tutti i relativi processi di cura secondo il modello del *Hospital Resource Planning*.

di gruppi di progetto orientati alla riorganizzazione di alcuni *asset* aziendali. Successivamente, la responsabilità di svolgere attività di OM è stata divisa tra la funzione di Controllo di Gestione e la direzione sanitaria. Queste due aree, attraverso una stretta collaborazione, monitorano la programmazione degli *asset*, i processi aziendali e la responsabilità dei professionisti nell'utilizzo ottimale ed efficiente delle risorse.

- ▶ L'esperienza dell'ICH di Rozzano è caratterizzata dall'istituzione della Direzione Operativa (DO). A differenza degli altri due casi analizzati, dove si è osservata l'introduzione e diffusione di competenze di OM e la modifica della struttura organizzativa e dei meccanismi operativi, l'ICH ha da sempre sviluppato al proprio interno competenze di OM, che negli ultimi anni si sono strutturate e in parte evolute. La Direzione Operativa, che rappresenta la terza direzione dell'ICH insieme alla Direzione delle Risorse Umane e alla Direzione Medico Sanitaria, comprende sotto di sé: (i) il PARC (Prenotazione, Accettazione, Refertazione e Cassa); (ii) la Gestione Operativa (GO); (iii) l'ufficio Lean e (iv) l'Ingegneria Clinica. In particolare, la Gestione Operativa (GO) svolge un ruolo primario nella pianificazione dei volumi di attività, nella programmazione e nel monitoraggio degli *asset* aziendali. Inoltre l'affermazione della neonata area *Lean*, sotto la DO, ha permesso di sviluppare un'area costantemente orientata all'analisi dei processi, al fine di garantirne il miglioramento continuo e l'applicazione di strumenti quantitativi per le simulazioni nell'utilizzo della capacità produttiva e nell'organizzazione degli spazi.
- ▶ L'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) ha optato per una struttura organizzativa snella attraverso la costituzione di un'area *Operations Management* (costituita da tre persone), che però può contare sul supporto operativo dei referenti infermieristici e amministrativi di Dipartimento e sul bagaglio di competenze e progettualità offerto dal Laboratorio «alias.com», ovvero una collaborazione tra l'AOUP e l'Università degli Studi di Pisa che consente un scambio tra spunti concreti provenienti dalla gestione dell'AO e competenze e professionalità sviluppate all'interno dell'Università. Inoltre l'AO Pisana ha puntato molto sulla ri-progettazione delle *operations* secondo il modello *Lean* investendo nell'acquisto di software gestionali capaci di garantire un controllo in tempo reale del flusso di pazienti tra le diverse aree dell'ospedale. Infine, con il supporto della Regione Toscana, l'AO Pisana sta mettendo a punto un cruscotto di indicatori da includere nei sistemi aziendali di programmazione e controllo sui temi specifici della gestione operativa.

13.3.1 L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova

L'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova è composta da 6 presidi ospedalieri (4 a gestione diretta e 2 sperimentazioni gestionali) 1 Ospedale Psichiatrico Giudiziario a Castiglione delle Stiviere e 11 poliambulatori territoriali. Nel complesso,

l'azienda conta 1000 posti letto e 22 sale operatorie nei 4 presidi a gestione diretta, un totale di circa 4.000 dipendenti ed un volume di attività composto da circa 40.000 ricoveri l'anno e da 4 milioni di prestazioni ambulatoriali. L'azienda è caratterizzata da dipartimenti multi presidio¹⁰, inizialmente con vocazione funzionale, che hanno assunto natura gestionale in un percorso iniziato nel 2008.

In questa azienda, la diffusione di competenze di OM è stata caratterizzata da tre fasi:

- ▶ Iniziale supporto dell'area amministrativa all'effettiva creazione dei dipartimenti gestionali dell'azienda. In particolare, il percorso di dipartimentalizzazione dell'azienda è stato caratterizzato anche dalla creazione dell'area Gestione Amministrativa dei Servizi Sanitari¹¹ (GASS), coordinata da un ruolo dirigenziale amministrativo (ex Area Amministrativa dei Servizi Sanitari, ma con una maggiore vocazione gestionale).
- ▶ Consolidamento della struttura GASS a supporto dell'attività clinica che si svolge internamente ai dipartimenti e coinvolgimento della funzione di Programmazione e Controllo nel fornire evidenze numeriche su costi e ricavi associati all'analisi dei percorsi dei pazienti.
- ▶ Progettazione di *team* amministrativi e gestionali dedicati all'ottimizzazione degli *asset* aziendali, che svolgano attività di programmazione della capacità produttiva dell'*asset*, analisi di processo e organizzazione del personale.

Fase I

La creazione della GASS aveva l'obiettivo di riqualificare la *line* amministrativa, al fine di dotarla di competenze e strumenti per l'analisi e la riprogettazione dei processi organizzativi a supporto dell'attività clinica-assistenziale.

La GASS, in precedenza Area Amministrazione dei Servizi Sanitari, comprende tutto il personale amministrativo che svolge attività di supporto alle strutture sanitarie:

- (i) gestione attività dei Centri Unici di Prenotazione (CUP)
- (ii) gestione attività sportelli di *front office* (radiologia, laboratorio, spedalità)
- (iii) attività di segreteria di reparto.
- (iv) libera professione.

Il supporto della GASS nell'affermazione dei dipartimenti si è tradotto inizialmente nella partecipazione attiva ai comitati di dipartimento. La presenza ai

¹⁰ Gli undici dipartimenti che raggruppano l'area sanitaria sono: la salute mentale, il dipartimento medico, il dipartimento delle specialità mediche, il dipartimento dell'emergenza urgenza, il matero infantile, la radiologia clinica, la medicina di Laboratorio, il chirurgico ortopedico, il testa collo, il cardio torace vascolare e il dipartimento di riabilitazione.

¹¹ L'area GASS è un struttura in staff al direttore amministrativo.

comitati aveva l'obiettivo di comprendere le esigenze organizzative e gestionali dei percorsi clinici, che venivano affrontati dai professionisti, e di strutturare una risposta organizzativa e gestionale degli *asset* aziendali in grado di soddisfare tali esigenze. Attraverso i momenti di incontro dipartimentali, i rappresentanti della GASS riuscivano ad avviare una riflessione tra i professionisti sulle soluzioni di miglioramento nella gestione degli *asset* aziendali, sottoponendo le criticità emerse dall'attività di analisi. A ogni comitato di dipartimento, partecipavano: (i) direttori di unità operativa del dipartimento; (ii) un delegato della direzione sanitaria aziendale; (iii) il dirigente GASS e un suo delegato per dipartimento. All'interno dei comitati di dipartimento veniva quindi affrontato il percorso clinico assistenziale che il paziente seguiva (e che storicamente cambiava in relazione al presidio ospedaliero nel quali si realizzava). Parallelamente, si avviava una riflessione su nuove modalità organizzative dell'attività, volte ad ottimizzare gli *asset* aziendali.

Parallelamente ai comitati di dipartimento, si sono costituiti internamente all'azienda dei gruppi di progetti dedicati alla riorganizzazione di aree ospedaliere strategiche. I gruppi di progetto, che comprendevano personale medico e amministrativo, erano quindi finalizzati a ripensare alcuni processi interni all'organizzazione. Tra i progetti avviati, assume rilevanza per le tematiche di OM il progetto «Riorganizzazione delle sale operatorie». Il progetto aveva come obiettivo la riorganizzazione dei processi legati alla gestione delle sale operatorie dei presidi, al fine di massimizzare l'utilizzo dell'*asset* aziendale e alla definizione di meccanismi operativi condivisi per l'assegnazione delle risorse (Box 13.1).

Fase II

La realizzazione del gruppo di lavoro sulla riorganizzazione dei blocchi operatori ha contribuito all'evoluzione e al consolidamento di competenze di OM internamente all'azienda. Successivamente, il supporto dell'U.O. Controllo di Gestione nel presidiare il percorso di budget ha permesso di iniziare a responsabilizzare i professionisti verso obiettivi di efficienza nell'impiego delle risorse. In particolare, gli obiettivi di budget sono stati articolati in 4 macro aree: (i) costi; (ii) qualità dei processi e dell'organizzazione; (iii) accessibilità e soddisfazione dell'utenza e (iv) obiettivi relativi al contratto con la regione e al mandato¹². Nella macro-area qualità dei processi e dell'organizzazione, si identificano obiettivi orientati a responsabilizzare i professionisti sulle attività di supporto a una gestione più efficiente degli *asset* aziendali (come ad esempio flessibilità nell'utilizzo delle risorse del dipartimento o riduzione delle degenza pre-intervento da pronto soccorso e in elezione).

¹² Si tratta di una parte di obiettivi finalizzati a responsabilizzare i professionisti sugli obiettivi assegnati dalla Regione alle direzioni delle aziende sanitarie.

Box 13.1 **Il Progetto «Riorganizzazione sale operatorie» sviluppato presso l'A.O. Carlo Poma**

Il gruppo di lavoro che ha sviluppato il progetto era composto da un medico di direzione sanitaria, il Responsabile Amministrativo delle sale operatorie, il coordinatore infermieristico e il responsabile delle infezioni ospedaliere e un rappresentante del GASS. L'obiettivo del progetto era quello di ripensare le regole organizzative per la programmazione e l'utilizzo delle sale operatorie, al fine di ottimizzare i processi e di superare le criticità che storicamente avevano caratterizzato l'organizzazione dei blocchi nei tre presidi. Il progetto si è quindi sviluppato secondo le seguenti fasi:

1. Mappatura as is e individuazione delle criticità. La prima fase si è tradotta nell'analisi dei processi e dei percorsi dei beni e delle persone movimentate all'interno dei blocchi operatori, delle modalità operative che dettavano lo svolgimento dei processi e dei ruoli coinvolti nelle attività. La mappatura dei processi, insieme ad un'analisi puntuale dei dati di attività dei blocchi, ha permesso di individuare alcune criticità, come: ritardi nell'inizio delle sedute operatorie, mancanza di flessibilità nell'assegnazione delle sedute operatorie, problematiche nella gestione dei casi urgenti e problematiche legate agli organici (infermieri ed anestesisti). La fase di mappatura e di individuazione delle criticità è stata caratterizzata da un percorso di coinvolgimento e di ascolto delle professionalità del blocco operatorio, realizzato attraverso incontri ed interviste.
2. Progettazione e condivisione dei nuovi meccanismi organizzativi alla base del funzionamento dei blocchi. Al fine di individuare delle soluzioni condivise per superare le criticità nell'organizzazione dei blocchi, è stata costituita una «commissione sala operatoria», composta dalla (i) direzione sanitaria aziendale, (ii) dai partecipanti al gruppo di lavoro «Riorganizzazione delle sale operatorie» e (iii) dai responsabili delle 8 unità operative (discipline chirurgiche e anestesia). La costituzione della commissione aveva l'obiettivo di allargare gli attori coinvolti nel processo decisionale, al fine di individuare delle proposte e delle azioni di miglioramento che potessero superare le criticità legate al vecchio modello organizzativo dei blocchi. Le soluzioni proposte sono state molteplici, quali ad esempio: l'identificazione di standard per l'ora di inizio dell'intervento, gli orari di inizio dei turni in blocco operatorio, nuove modalità di programmazione della sala operatoria, come ad esempio l'attivazione di sedute operatorie aggiuntive, da assegnare alle U.O. su specifica richiesta o sulla base delle liste di attesa, la consegna settimanale alla direzione sanitaria delle liste operatorie redatte dalla U.O. Inoltre, la riprogettazione dell'attività dei blocchi ha portato alla costituzione di una *recovery room*, dedicata alle attività di risveglio e di anestesia.
3. Realizzazione. Dopo la condivisione con il Collegio di Direzione e con i comitati di dipartimento, le soluzioni individuate sono state realizzate internamente ai blocchi operatori. Nella riprogettazione sono state identificate con chiarezza nuove competenze e responsabilità coinvolte nella programmazione dei blocchi operatori: (i) la direzione sanitaria, con responsabilità di validazione delle proposte di programmazione delle liste operatorie provenienti dalle unità operative e con il compito di condividere settimanalmente la programmazione delle sale con il responsabile dell'anestesia e il coordinatore blocco operatorio, (ii) il coordinatore del blocco operatorio e il responsabile anestesista, con responsabilità di condividere con la direzione sanitaria la programmazione delle liste, validare le liste operatorie e gestire le attività chirurgiche.
4. Monitoraggio. Al fine di comprendere l'efficacia delle soluzioni di riorganizzazione adottate, direzione sanitaria e GASS hanno identificato una serie di indicatori per il monitoraggio del nuovo modello organizzativo del blocco operatorio, quali ad esempio: tempo medio di turn over tra un paziente e l'altro, tempo medio di inizio prima seduta, tasso di occupazione della sala operatoria. Il responsabile GASS ha assunto la responsabilità di supervisione dell'attività di programmazione delle sale e di monitoraggio del rispetto dei parametri di efficienza nell'utilizzo del blocco.

Parallelamente, per la soluzione di alcune criticità, quali i percorsi dei dispositivi medici e dei ferri, l'attività di sanificazione delle sale e la gestione delle emergenze urgenze sono stati attivati dei sotto gruppi di lavoro.

Fase III

La terza fase, oggi in atto, è caratterizzata dalla volontà di strutturare una funzione di OM in grado di rappresentare un'interfaccia costante tra U.O. e direzione sanitaria in merito all'andamento dei volumi delle prestazioni e ai tempi di attesa. Si ipotizza quindi di istituire, ad esempio, una gestione delle agende ambulatoriali in grado di monitorare le liste di attesa e di segnalare alle U.O. lo scostamento dallo standard di riferimento (di tempi e di volumi).

Il percorso di diffusione di competenze di OM all'interno della realtà di Mantova si è caratterizzato dunque per un iniziale supporto che gli strumenti e le logiche di OM applicate alla realtà ospedaliera hanno fornito nel percorso di dipartimentalizzazione e che, una volta consolidate, hanno potuto incorporare le informazioni prodotte dal controllo di gestione per l'analisi dei costi associati ai processi aziendali.

13.3.2 Istituto Clinico Humanitas di Rozzano

L'Istituto Clinico Humanitas (ICH) è un Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico privato, accreditato con il Servizio Sanitario Nazionale e posizionato a sud di Milano. È stato progettato all'inizio degli anni novanta ed ha iniziato le attività cliniche nel 1996. Nel 2003 in ICH è stato attivato un Pronto Soccorso EAS¹³ e ad oggi l'istituto conta più di 700 posti letto, 31 sale operatorie e circa 110 ambulatori, nei quali sono gestiti più di 46.000 ricoveri all'anno e circa 2 milioni di prestazioni ambulatoriali (inclusi laboratorio e servizi diagnostici). Accanto all'ospedale e strettamente integrato con esso, il Centro di Ricerca traslazionale ospita oltre 200 ricercatori che lavorano, con tecnologie all'avanguardia, in stretta collaborazione con gli oltre 400 medici dell'Istituto.

ICH è sede di insegnamento dell'Università Statale di Milano ed ospita circa 500 studenti della Facoltà di Medicina e Chirurgia (International Medical School), del Corso di Laurea in Biotecnologie e in Infermieristica. È il primo policlinico italiano ad aver ottenuto la certificazione di qualità da parte di Joint Commission International.

Il principio che ha ispirato la progettazione e il modello gestionale dell'ospedale è la centralità del paziente e la volontà di rispondere ai suoi bisogni di salute con un approccio che unisce cura e ricerca, pre-clinica e clinica, competenze specialistiche e percorsi di cura multidisciplinari.

Il progetto di ICH è partito dalla definizione degli ambienti ospedalieri, che per la maggior parte risultano multifunzionali. Al progetto tecnico-fisico dell'ospedale è stato associato un modello gestionale organizzativo preciso, che prevede la presenza di tre Direzioni che riportano alla Direzione Generale¹⁴: la

¹³ Pronto Soccorso con massimi livelli di qualificazione: EAS = Emergenza di Alta Specializzazione.

¹⁴ La funzione di Pianificazione e Controllo è in staff al Direttore Generale, così come le funzioni considerate di «servizio»: i Servizi Generali, i Sistemi Informativi, il Servizio Tecnico, gli Acquisti e la Comunicazione.

Direzione Medico Sanitaria, La Direzione Risorse Umane e la Direzione Operativa.

La Direzione Medico Sanitaria è garante della qualità e dell'innovazione clinica, svolge ruolo di controllo dell'appropriatezza ed è referente per le specialità cliniche presenti.

Le specialità cliniche (Unità Operative, U.O.) sono raggruppate in Dipartimenti funzionali, con lo scopo di garantire il corretto orientamento dell'attività clinica, anche mediante la creazione e l'aggiornamento continuo dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, dei protocolli operativi e delle linee guida.

La Direzione Risorse Umane è responsabile della pianificazione, selezione, formazione e sviluppo delle risorse umane presenti in area clinica, amministrativa, e di ricerca.

La Direzione Operativa è responsabile della pianificazione delle risorse fisiche e tecnologiche, della realizzazione dei processi di supporto ai processi clinici (es. processi amministrativi del paziente), dell'implementazione dei piani di sviluppo dell'ospedale e fornisce supporto strategico alla Direzione Generale; applica logiche e strumenti di Operations Management ed è composta da tre diverse aree:

- (i) il PARC, ovvero l'insieme delle persone (circa 170) dedicate all'attività di Prenotazione, Accettazione, Refertazione e Cassa (PARC) sono incluse nel PARC servizi come il call center, l'accettazione ricoveri e ambulatori, il pre-ricovero e le segreterie di reparto.
- (ii) la Gestione Operativa (GO), ovvero un team di 5 persone dedicate alla pianificazione delle attività, con l'obiettivo di ottimizzare l'utilizzo delle risorse fisiche, tecniche e strutturali, al fine di svolgere attività clinica in un'ottica di efficacia e di efficienza e di progettare la rimodulazione degli spazi in relazione agli obiettivi strategici dell'Istituto. All'interno della GO è stata collocata l'ingegneria clinica, al fine di coordinare le tecnologie in coerenza con l'ottimizzazione degli asset aziendali.
- (iii) l'area *Lean* e miglioramento continuo, ovvero un team di 3 persone dedicate al miglioramento continuo dei processi organizzativi e di cura.

Il modello gestionale di ICH è orientato all'efficacia clinica e all'efficienza organizzativa, come sinonimo di servizio di maggior qualità: garantire accesso alla cura nei tempi più brevi possibili, minimizzando gli sprechi. Il modello è proposto come case study presso l'Università di Harvard, come riferimento per l'elevato livello qualitativo di cura associato a sostenibilità economica, raggiunta attraverso un'attenta gestione degli asset (Bohnel *et. al.*, 2006).

L'evoluzione del modello è continua: la sfida attuale è mantenere il governo e la razionalizzazione degli asset, introducendo la logica dei percorsi diagnostici terapeutici e sempre più attenzione alle esigenze cliniche specifiche del singolo paziente. Una prima dimostrazione dell'evoluzione del modello è la creazione

del Cancer Center, che ha migliorato la gestione clinica dei pazienti oncologici (chirurgici e non) e dato input alla Direzione Operativa per l'organizzazione di un servizio sempre più personalizzato ai pazienti. I passi successivi prevedono la creazione di ulteriori «Center» all'interno di ICH.

Il ruolo della Gestione Operativa (GO)

La Gestione Operativa (GO) rappresenta l'area più consolidata, internamente alla Direzione Operativa, per l'applicazione di logiche e strumenti di OM. L'area è composta da 5 persone: un responsabile della GO, con funzione di coordinamento e supervisione delle attività svolte dall'area, 2 persone all'area *Inpatient* (1 persona dedicata al blocco operatorio e 1 dedicata alle aree di degenza) e 2 persone dedicate all'area *outpatient* (1 dedicata all'attività di diagnostica e 1 dedicata all'attività ambulatoriale).

Gli obiettivi della funzione sono molteplici:

- ▶ Previsione dei volumi di attività e pianificazione dell'attività negli *asset* aziendali. Annualmente, insieme all'ufficio di Pianificazione e Controllo, il team di GO definisce i piani dei volumi di prestazioni da erogare sulla base del contratto con la ASL e della domanda esterna (liste di attesa). In tal modo si definisce il portafoglio delle prestazioni da erogare, e si procede con la pianificazione degli *asset* aziendali al fine di garantire il rispetto delle liste di attesa, la tempestività del servizio per i pazienti urgenti ed il livello complessivo di attività. Parallelamente, le previsioni di attività sono declinate in piani di azione per U.O., discussi con i responsabili in incontri periodici strutturati.
- ▶ Programmazione delle piattaforme logistico-produttive in relazione ai volumi di prestazioni che dovranno essere erogati. In particolare il *team* di GO programma trimestralmente gli *asset* (posti letto nelle aree di degenza, sedute ambulatoriali e operatorie, macchinari per la diagnostica) associati ai volumi di produzione previsti per le U.O. Tale assegnazione è rivista su base mensile e settimanale ovvero in relazione a cambiamenti in contesto. A supporto della GO sono previste le segreterie di reparto (area del PARC) che lavorano a servizio delle U.O. cliniche su input della GO, che fronisce indicazioni della rimodulazione degli *asset* assegnati alle U.O. nel medio periodo. Il programma operatorio, ad esempio, è definito dal responsabile di U.O., comunicato alle segreterie di reparto, che contattano il paziente, organizzano il prericovero, il ricovero e l'intervento. Le segreterie di reparto si interfacciano con la GO per valutare se le risorse a disposizione sono coerenti con i programmi operatori impostati. In caso contrario si procede per una riprogrammazione in condivisive con i responsabili clinici. Per l'area *Outpatient*, la GO è responsabile dell'ottimizzazione delle tecnologie per la diagnostica e, in coerenza alle agende alimentate dal personale del PARC, attraverso le prenotazioni da *call center* o sportello, la GO, insieme al prima-

rio del servizio, definisce il piano delle attività e le agende. Per l'attività ambulatoriale, le agende sono concordate tra la GO e il responsabile dell'U.O. al quale afferisce la prestazione.

I momenti cruciali nell'attività di programmazione degli *asset* aziendali si identificano nei mesi di: Novembre e Dicembre per il piano delle attività e budget anno successivo; Aprile e Maggio per la revisione della programmazione estiva; Ottobre e Novembre in relazione alla programmazione delle vacanze invernali.

- ▶ Monitoraggio della programmazione e della gestione efficiente degli *asset* aziendali. La GO, attraverso una serie di *Key Performance Indicators* (KPI) monitora settimanalmente il rispetto di standard di efficienza degli *asset* aziendali (ad esempio per la sala operatoria i tempi di cambio e il tasso di occupazione) e i fenomeni di variabilità che possono richiedere modifiche nella programmazione dell'attività (ad esempio % di pazienti in arrivo dal Pronto Soccorso e relativi posti letto occupati).
- ▶ Riprogettazione del lay-out e degli spazi, al fine di individuare nuove attività da erogare o di ottimizzare lo spazio rispetto ai volumi di attività previsti.

L'attività della GO si avvale del supporto dei sistemi informativi aziendali in grado di fornire in tempo reale le informazioni sulle modalità di gestione degli *asset* aziendali e sulla variabilità del flusso dei pazienti (ad esempio numero di pazienti presenti in reparto, informazioni sulla performance di sala operatoria e tempi di attesa).

13.3.3 L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Pisa

L'Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana (AOUP) è un'Azienda Ospedaliera integrata con l'Università di Pisa. È punto di riferimento e di attrazione d'Area Vasta, Regionale e Nazionale per le attività d'alta specializzazione e svolge il ruolo di ospedale zonale per la zona-distretto di Pisa. L'AOUP ha forte vocazione chirurgica e trapiantologica ed è sede di numerosi centri di eccellenza. L'ospedale conta complessivamente circa 1.454 posti letto (1.230 ordinari e 224 DN) e 55 sale operatorie.

Negli ultimissimi anni la direzione strategica dell'AOUP ha individuato come una delle priorità aziendali lo sviluppo della funzione *operations management*. In tale prospettiva è stato iniziato un processo di profonda innovazione degli assetti organizzativi aziendali che ha comportato:

- ▶ La modifica della struttura organizzativa;
- ▶ Il potenziamento dei sistemi informativi a supporto dell'organizzazione per processi e della gestione dei flussi dei pazienti;
- ▶ Il cambiamento dei sistemi di programmazione e controllo.

Rispetto alla struttura organizzativa l'AO Pisana ha optato per la costituzione di un'unità chiamata Gestione Operativa con valenza dipartimentale che risponde alla Direzione Sanitaria. All'interno della Gestione Operativa è stata creata una Unità Operativa Complessa chiamata Innovazione e Sviluppo.

Obiettivo della Gestione Operativa è fornire un supporto nella programmazione, organizzazione e controllo delle seguenti aree produttive: aree di degenza; piattaforma ambulatoriale; sale operatorie; diagnostica pesante.

Ad oggi, all'interno della Gestione Operativa opera un gruppo multidisciplinare di persone di estrazione sanitaria, economica, ingegneristica e giuridica.

A seconda poi dei progetti e delle problematiche affrontate la Gestione Operativa si interfaccia con:

- ▶ la direzione medica di presidio soprattutto per la programmazione delle sale e la gestione dei posti letto;
- ▶ la direzione infermieristica soprattutto per i progetti di ri-organizzazione delle attività a reparto e di ottimizzazione dei carichi di lavoro;
- ▶ l'Ufficio Qualità per il processo di accreditamento istituzionale;
- ▶ l'ufficio del *Clinical Risk Management* per l'analisi e il controllo di tutte quelle cause di errore legate ad una cattiva gestione delle aree produttive (pazienti collocati in *setting* assistenziali inappropriati, ritardi o cancellazione di casi chirurgici, etc.);
- ▶ i dipartimenti per il supporto operativo rispetto a specifici progetti di miglioramento delle *operations*. Ad esempio è stato appena concluso con il Dipartimento di Anestesia e Rianimazione un progetto di ottimizzazione dell'utilizzo del tempo anestesiológico tra le diverse sale operatorie.

Rispetto poi ai dipartimenti, la Gestione Operativa si interfaccia di continuo con i RID (Referenti Infermieristici di Dipartimento) e i RAD (Referenti Amministrativi di Dipartimento) che, di fatto, rappresentano il terminale operativo dei diversi progetti gestiti dall'area *operations management*.

Infine, rispetto sempre alla configurazione della struttura organizzativa, è importante segnalare che è stato recentemente deciso di includere, all'interno del DEA (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione), tutte le U.O. di medicina. L'obiettivo di questa innovazione organizzativa è quello di governare meglio le forti interdipendenze esistenti tra il Pronto Soccorso e i reparti medici. Effettivamente la costituzione di questo nuovo dipartimento è servita come volano per la realizzazione di una serie di progetti sulle *operations* finalizzati alla riduzione dei tempi di attesa al PS e della variabilità dei carichi di lavoro a reparto.

Per quanto riguarda l'investimento aziendale nello sviluppo delle competenze sull'*operations management* è bene, in questa sede, sottolineare come non esista un percorso curriculare codificato per svolgere l'OM. Infatti, mentre nel campo delle professioni sanitarie, ruoli e professioni sono inevitabilmente forte-

mente codificati (per fare l'anestesista è necessario, ad esempio, la specializzazione in anesthesiologia), nel campo del management i percorsi di carriera sono meno codificati e strutturati. Un *operations manager*, all'interno di un'azienda sanitaria, può essere un medico, un infermiere, un economista, un ingegnere, uno statistico e così via. È però altresì importante che l'*operations manager* sappia adottare un approccio integrato e multi-disciplinare e utilizzare in un'ottica di sistema approcci, strumenti e competenze appartenenti a differenti discipline.

Partendo da questo presupposto, la direzione strategica dell'AOU Pisana ha cercato di realizzare questo approccio multi-disciplinare ai temi dell'OM attraverso un accordo con l'Università. La collaborazione tra AOUP e alcune facoltà dell'Università di Pisa (informatica, ingegneria, economia e commercio, matematica) ha così portato alla realizzazione del progetto «alias.com» (area laboratorio innovazione attività sanitaria centrato su *operations management*). Il Laboratorio Alias.com rappresenta una forma di raccordo interaziendale tra l'AOUP e l'Università degli Studi di Pisa: come tale si ritrova in Staff alla Direzione aziendale della AOUP e risponde agli indirizzi del Direttore Generale dell'AOUP e del Rettore dell'Università. La formula del Laboratorio interaziendale consente un mutuo scambio tra AO e Università: la prima propone i settori di ricerca di interesse e di maggiore criticità nelle dinamiche aziendali, per cui si ritiene necessario l'intervento ed il supporto di professionisti con competenze specialistiche in discipline quali la ricerca operativa, l'informatica, l'ingegneria gestionale, la matematica. In questa prospettiva l'ospedale viene visto come un laboratorio vero e proprio dove vari studenti, ricercatori, stagisti, insieme ai professionisti dell'ospedale, applicano «sul campo» concetti e modelli del mondo dell'OM.

Tornando alle varie componenti dell'assetto organizzativo, sicuramente un investimento importante è stato fatto nella ri-progettazione dei processi e nel potenziamento dei sistemi informativi a supporto del controllo dei flussi dei pazienti. In particolare è importante mettere in evidenza tre progetti:

1. *Visual DEA*;
2. *Visual Hospital*;
3. *Plan for every patient*.

Il progetto *Visual DEA* nasce in seguito alla creazione del nuovo Dipartimento di Emergenza e Accettazione e mira ad introdurre le logiche del *visual mapping* per l'organizzazione ed il controllo dei percorsi al PS. La logica del *visual mapping* rientra tra gli strumenti e gli approcci del modello *lean thinking* e di fatto si sostanzia nel controllo in tempo reale dello stato di avanzamento del percorso del paziente tra le diverse aree produttive. Non solo è necessario sapere in tempo reale dove il paziente si trova lungo le varie fasi del suo percorso di cura, ma è importante dare anche indicazioni sui tempi previsti di passaggio del paziente tra le diverse aree produttive (ad esempio quando si prevede che il paziente che

ora si trova in osservazione breve venga trasferito a reparto oppure quando si prevede che il paziente al momento in terapia intensiva possa essere trasferito in un'area di degenza sub-intensiva). A oggi a Pisa le logiche del *visual mapping* vengono implementate utilizzando delle lavagne magnetiche; è però previsto l'acquisto di un software specifico.

Con il progetto *Visual Hospital* l'AO Pisana è voluto andare verso un controllo a 360 gradi e in tempo reale dei flussi dei pazienti all'interno delle aree di degenza. A tal proposito l'OM aziendale, attraverso un software *ad hoc*, ha il controllo sulla disponibilità dei posti letto in tutte le aree di degenza dell'ospedale. Il controllo sulla disponibilità dei posti letto avviene in due momenti distinti (11.00 e 14.30) e viene effettuato da tre referenti che riportano poi alla Gestione Operativa aziendale. Il sistema informativo fornisce una serie di informazioni sullo stato di ogni singolo posto letto, in particolare viene segnalato se il posto letto è occupato, prenotato, libero, liberabile o se è stato pianificato il trasferimento del paziente in un'altra area della struttura.

Il progetto *Plan For Every Patient* invece si focalizza sull'area medica e combina aspetti di natura clinico assistenziale con aspetti più di natura logistica. Il percorso fisico e clinico assistenziale di ogni paziente medico che accede alla struttura ospedaliera viene codificato e pianificato a partire dal primo accesso sino alla fase finale delle dimissioni. L'obiettivo principale è quello di sincronizzare al meglio le attività del percorso di cura del paziente con i servizi di supporto (in particolare diagnostica e laboratori) e i servizi sul territorio soprattutto per quanto concerne le dimissioni protette. L'iniziativa *Plan For Every Patient* ha ottenuto importanti risultati in termini di riduzione della degenza media (riduzione di circa un giorno) e di riduzione della variabilità complessiva delle degenze.

Va infine sottolineato che i progetti sopra descritti sono perfettamente integrati e coerenti con gli altri flussi informativi aziendali, in particolare: (i) i dati del PS e (ii) i dati di sala operatoria. Su questo secondo aspetto si segnala che esiste un software gestionale che governa tutte le informazioni relative all'intero percorso del paziente chirurgico dalla lista di attesa sino alla dimissione.

Per quanto riguarda infine i sistemi di programmazione e controllo l'obiettivo della direzione aziendale è quello di includere a regime indicatori di OM all'interno del normale processo di budget. A oggi però solo l'U.O. di anestesia include nella propria scheda budget indicatori di OM quali, ad esempio, disponibilità di posti letto o numero casi di pazienti collocati in *setting* assistenziali inappropriati.

Per contro, l'area OM viene responsabilizzata su una serie di indicatori specifici concordati con la Regione all'interno del programma «Gestione dei flussi dei pazienti in ospedale» quali: (i) percentuale pazienti dimessi entro mezzogiorno; (ii) andamento liste di attesa; (iii) utilizzo delle sale operatorie; (iv) utilizzo dei posti letto.

13.4 Conclusioni

L'analisi delle tre aziende, non sorprendentemente, mostra convergenze e divergenze nel modo con cui la gestione operativa si è organizzativamente sviluppata ed internamente attrezzata per svolgere la propria funzione.

Lo sviluppo organizzativo della funzione può essere il frutto di un pensiero progettuale chiaro, attorno al quale viene costruito l'intero modello di funzionamento di un ospedale – come nel caso di ICH – oppure il risultato dell'intuizione di una direzione che vuole trasformare un modello di funzionamento ospedaliero consolidato sulle logiche professionali più tradizionali – come negli altri due casi – proprio attraverso l'opera della GO.

A partire da questa differenza di concezione «originaria» della GO, cominciano però le convergenze organizzative: il terreno di lavoro della GO è sempre il pavimento (*shop floor*) dei clinici e dei professionisti dell'assistenza. Per quanto vi possano essere «regole del gioco» diverse (ad esempio i regimi contrattuali dei clinici, l'uso di meccanismi incentivanti ad hoc per assecondare gli obiettivi di GO), è un terreno molto simile in tutte le realtà, permeato dalla cultura professionale, in cui ogni centimetro di standardizzazione di comportamenti e procedure va guadagnato sul campo.

I mezzi attraverso i quali conquistare questo terreno possono differire. Come si evince dalla lettura comparativa dei casi, quasi tutte le realtà agganciano i temi della gestione operativa al budget delle unità operative e dei dipartimenti, alcune poi rafforzano il ruolo della GO quale tecnostuttura attraverso interventi ad hoc, di sistematizzazione progressiva di processi e procedure con approcci *Lean* e di miglioramento continuo. Competenze e capacità di forza lavoro possono fare la differenza nel decidere se intraprendere o meno anche questa strada, in parallelo a quella del fissare le regole e farle rispettare attraverso il sistema della programmazione e gli incentivi ad esso correlati.

Proprio su questo punto, su come si sono internamente attrezzate le funzioni di GO, si leggono le maggiori divergenze tra le tre esperienze analizzate. Per quanto non vi sia una prescrizione possibile in materia di dimensionamento e composizione professionale della funzione, è altrettanto vero che il *background* professionale degli attori della GO non è influente rispetto all'approccio che essa potrebbe sviluppare nel ruolo e nel rapporto con i professionisti clinici e dell'assistenza. Tombino, spartitraffico o semaforo? Quale connotazione di ruolo ha la GO nelle tre esperienze analizzate, e quali lezioni se ne possono trarre?

Di certo l'obiettivo non è essere un «tombino» che asseconda, risolve i problemi e sul quale si passa senza accorgersene. Si coglie il rischio che senza un adeguato investimento di «legittimità» organizzativa, visibilità e capacità operativa la GO venga percepita dai professionisti come il *problem solver* al servizio delle loro preferenze (e conflitti). Un certo grado di spirito di servizio è certa-

mente necessario, ma non sufficiente per attendersi che la GO maturi i risultati attesi. Arriva il momento in cui le regole devono essere fissate e fatte rispettare.

Per questo servono i numeri, serve portare il ragionamento con i professionisti sui «fatti brutali», quelli inconfutabili che mostrano le zone di inefficienza, le aree su cui serve una regola di funzionamento. In questo la tentazione della GO potrebbe essere quella di svolgere un ruolo da semaforo. Luce verde, gialla e rossa, in ottemperanza alle regole del gioco fissate. Tuttavia, le aziende sanitarie sono sistemi che per loro natura presentano delle eccezioni, seppure molte meno di quello che si tende a pensare; ma ci sono. Gli attori protagonisti sono spesso professionisti di grande spessore culturale e competenza professionale, che ricercano nell'organizzazione – legittimamente – soddisfazione ai propri interessi professionali, oltre che assolvimento dei compiti istituzionali cui sono preposti. Dalla prospettiva professionale, una GO semaforo potrebbe risultare come una funzione alla ricerca di una ottusa ottemperanza alle regole.

In mezzo c'è il ruolo dello spartitraffico, quello più faticoso, ma forse l'unico vincente alla lunga. Un ruolo di mediazione tra l'interpretazione autentica, l'applicazione formale delle regole e la loro diversa applicazione per le eccezioni motivate. Un ruolo per cui le regole sono il frutto stesso di una negoziazione, almeno in parte, che tiene conto delle istanze professionali. Non sono semplicemente imposte, sono costruite assieme. Costruirle assieme, ridefinire il *patient flow*, la logistica, i flussi informativi è azione di miglioramento di per sé. È ciò che differenzia le aziende sanitarie che si accontentano di buoni risultati da quelle che aspirano a risultati eccellenti.

In questo la GO è una pedina fondamentale sullo scacchiere aziendale. A lei spetta oggi il compito di fare uno *steering* continuo dei professionisti per portare l'adozione di nuove regole di comportamento a diventare patrimonio culturale dell'organizzazione, per guidare, progetto dopo progetto, il miglioramento nel funzionamento della macchina ospedaliera; quanto mai necessario di fronte alle sfide odierne, vere, non più solo declamate, del fare di più con meno. Miglioramento continuo che deve aiutare a superare il paradosso per cui la GO non è stata fino ad oggi al centro dei pensieri delle aziende: se l'aumento di produttività favorito da una migliore gestione operativa non si traduce in contemporaneo risparmio di costi, perché investire in tale direzione quando l'azienda, a fronte di tetti di finanziamento fissati, rischia di conseguire solo un aggravio nei costi variabili? Questo retro-pensiero per diverso tempo è aleggiato nel sistema sanitario pubblico (e privato accreditato). Alle GO emergenti il compito di dimostrare che la sfida della sostenibilità nelle aziende sanitarie è percorribile, irrinunciabile ed urgente.

Un direttore generale descrisse qualche tempo fa, durante un corso di formazione, il lavoro di trasformazione dell'azienda che guidava con la metafora del chiodo da piantare. Chiodo che una volta scelto va martellato continuamente finché non si pianta per davvero nella carne dell'organizzazione. La GO è il mezzo per cambiare l'organizzazione dal dentro, attraverso numerosi chiodi

piantati nei processi erogativi e logistici, per il loro miglioramento. O forse, per usare una metafora simile, la GO esercita l'agopuntura sull'organizzazione sanitaria, dislocando molti aghi nei punti «vitali» per farla lavorare meglio, aghi che sono i progetti e le «regole» di funzionamento, con cui la GO cambia il modo di lavorare in azienda e nel tempo fa «manutenzione straordinaria» dell'organizzazione. Lavorando come spartitraffico tra le attese della direzione, i contributi delle diverse unità operative aziendali con cui si interfaccia, e i desideri dei professionisti, canalizzando le energie sui progetti di miglioramento nelle aree di sua competenza, cambiando – ago dopo ago – pelle all'organizzazione.

Perché ciò avvenga, occorre che le GO, come quelle descritte nei casi qui presentati, escano rapidamente dalla fase «eroica» del loro concepimento e vengano sostenute dalle direzioni aziendali in un consolidamento veloce e cospicuo, trovando il modo, in questa fase di azzeramento totale delle possibilità di innesto di nuove professionalità dall'esterno, di negoziare con il sistema istituzionale (Regione) un po' di spazio in questo senso, e scovando al proprio interno competenze ed energie dimenticate nelle funzioni già esistenti (direzioni mediche, direzioni assistenziali, uffici di staff).

Bibliografia

- Aiken L., Sloane D., Sochalski J. (2002) «Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction», *JAMA The Journal of the American Medical Association* 288 (16):1987-1993.
- Alesani D., Barbieri M., Lega F., 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. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2006*, Milano, EGEA.
- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia Aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Bensa G., Prenestini A., Villa S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in Anessi Bohner R., Pidano G., Tang N. (2006), «Istituto Clinico Humanitas», 9-603-063 Harwad Business School Case Study.
- Pessina E., Cantù E. (a cura di), *L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Rapporto Oasi 2008*, Milano, Egea.
- Bergamanschi M. (2000), *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Milano, Mc Graw-Hill.
- Chase R., Jacobs R., Aquilano N., Grandi A., Sianesi A. (2001), *Operations Management nelle produzioni e nei servizi*, Milano, Mc Graw-Hill.
- Davies C., Walley P. (2000), «Clinical governance and operations management methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance* 13(1): 21-26.

- Fuller J.A., Mansour A.H. (2003), «Operations Management and Operations Research: historical and relational perspectives», *Management Decisions*, 41 (4):422-426.
- Langabeer J.R. (2008) *Health Care Operations Management*, Sudbury, Massachusetts, Jones and Bartlett Publishers.
- Hall R. (2006), *Patient flow: reducing delay in healthcare delivery*, Springer's International Series.
- Lega F., Polimeri J., De Lucis S., Fraccaro S., Ghepari F., Sosio F. (2003), «Nuove prospettive nell'organizzazione dell'ospedale generale di comunità: il caso dell'Ospedale di Pontedera», *Organizzazione Sanitaria*, 27(3-4): 28-35.
- Litvak, E. and Long, M.C., (2000), «Cost and quality under managed care: Irreconcilable differences?», *The American Journal of Managed Care*, 6, (3), 305-312.
- Litvak E., Buerhaus P.I., Davidoff F., Long M., McManus M.L., Berwick D.M. (2005), «Managing Unnecessary Variability in Patient Demand to Reduce Nursing Stress and Improve Patient Safety», *Journal on Quality and Patient Safety*, 31(6): 330-338.
- Nicosia F. (2011). *Il nuovo ospedale è snello*. Milano, Franco Angeli Editore.
- Orlandi W., Duca E., Pioppo M. (2006), «L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multi specialistica: l'esperienza dell'Azienda USL n. 3 dell'Umbria» *Organizzazione Sanitaria*, 30(4): 35-40.
- Villa S., Stagni M.G., Lega F. (2007), «Aspetti concettuali ed operativi della logistica nelle aziende sanitarie: il caso del presidio ospedaliero di Forlì», *Management & Economia Sanitaria*, 61: 127-158.
- Villa S., Barbieri M., Lega F. (2009), «Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases», *Health Care Management Science* 12:155-165.
- Vissers J., Beech R. (2005), *Health Operations Management*, Routledge Health Management Series.