

Collana **CERGAS**

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

Rapporto OASI 2018

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 2018:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) 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 l'evoluzione dei profili professionali (*skill mix*) del personale SSN; la centralizzazione degli acquisti, con un approfondimento sulle politiche di acquisto nel comparto farmaceutico; l'introduzione di prezzi di riferimento per i dispositivi medici; i modelli per la segmentazione dei pazienti e il *Population Health Management*;
- a livello aziendale, si focalizza sui processi attuativi di certificabilità dei bilanci, sull'evoluzione dei sistemi di programmazione e controllo alla luce delle accresciute dimensioni aziendali, sugli strumenti per la gestione del sapere professionale, sulla diffusione di una funzione strutturata di gestione operativa.

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. Quest'anno, inoltre, il CERGAS celebra il suo 40° anniversario, di pari passo con il SSN.

Questo volume è stato realizzato grazie al contributo incondizionato di



ISBN 978-88-238-5156-6



9 788823 851566

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2018



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

CERGAS - Bocconi



CERGAS & SSN
40 ANNI INSIEME

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CERGAS - Bocconi



Università
Bocconi

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

SDA Bocconi
School of Management



Collana CERGAS

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



**CER GAS & SSN
40 ANNI INSIEME**

Rapporto OASI 2018

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

a cura di
CER GAS - Bocconi



**Università
Bocconi**

CER GAS
Centro di ricerche sulla Gestione
dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
School of Management



Tutti i contributi del Rapporto OASI sono stati sottoposti al processo di doppio referaggio prima della pubblicazione.

Impaginazione: Corpo4 Team, Milano

Copyright © 2018 EGEA S.p.A.
Via Salasco, 5 – 20136 Milano
Tel. 02/5836.5751 – Fax 02/5836.5753
egea.edizioni@unibocconi.it – www.egeaeditore.it

Tutti i diritti sono riservati, compresi la traduzione, l'adattamento totale o parziale, la riproduzione, la comunicazione al pubblico e la messa a disposizione con qualsiasi mezzo e/o su qualunque supporto (ivi compresi i microfilm, i film, le fotocopie, i supporti elettronici o digitali), nonché la memorizzazione elettronica e qualsiasi sistema di immagazzinamento e recupero di informazioni.

Date le caratteristiche di Internet, l'Editore non è responsabile per eventuali variazioni di indirizzi e contenuti dei siti Internet menzionati.

Prima edizione: novembre 2018

ISBN 978-88-238-5156-6

Stampa: Geca Industrie Grafiche, San Giuliano Milanese (Mi)



Questo volume è stampato su carta FSC® proveniente da foreste gestite in maniera responsabile secondo rigorosi standard ambientali, economici e sociali definiti dal Forest Stewardship Council®

10 L'Operations Management nelle aziende pubbliche del SSN: da *work in progress* a *work on process*

di Lorenzo Fenech, Federico Lega, Anna Prenestini¹

10.1 Razionale e sviluppo dell'Operations Management nel SSN

Le maggiori pressioni verso il recupero dell'efficienza nell'utilizzo degli *asset* produttivi, il rispetto dell'equilibrio economico-finanziario aziendale, la ricerca della migliore risposta organizzativa alle esigenze del paziente hanno portato il mondo accademico, politico e aziendale a domandarsi quali funzioni gestionali potessero garantire il miglioramento dei processi caratteristici delle Aziende Sanitarie. Si è arrivati, nel tempo, a indicare nell'introduzione dell'*Operations Management* (o Gestione Operativa)² una delle possibili strategie di ottimizzazione del funzionamento dei percorsi logistico-organizzativi e della gestione degli *asset* produttivi delle Aziende Sanitarie.

L'*OM* – funzione chiave nelle imprese di produzione – riguarda l'insieme dei ruoli, delle regole, delle procedure e degli strumenti che hanno come oggetto il funzionamento dei processi *core* di produzione aziendale. L'introduzione di questa funzione nelle Aziende Sanitarie è ancora più cruciale. Infatti, i processi

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro di ricerca comune degli autori che ne condividono congiuntamente contenuti e risultati. Sono attribuiti a Lorenzo Fenech i §§ 10.3.2, 10.3.3 e 10.4, a Federico Lega il § 10.5 e ad Anna Prenestini i §§ 10.1, 10.3.1 e 10.3.4. Il § 10.2 è attribuito congiuntamente agli autori del capitolo. Gli autori ringraziano per le interviste e per il prezioso contributo nel reperimento delle informazioni necessarie alla strutturazione dei casi: per l'ASST Bergamo Ovest, il responsabile della GO Ing. Andrea Ghedi e il Direttore Generale Elisabetta Fabbrini; per l'ASST Cremona, il responsabile della GO dott. Alberto Silla e le dott.sse Miriam Marion, Elena Ghezzi, Clara Carbone e il Direttore Generale Camillo Rossi; per l'ASST di Monza, il referente della GO dott. Luigi Amerigo Messina e il Direttore Generale Matteo Stocco; per l'AUSL di Reggio Emilia, la responsabile della GO dott.ssa Maria Teresa Montella, il dott. Maurizio Pocaforza, l'Ing. Antonia Magnani, le dott.sse Maria Calia e Antonella Benedetti, il dott. Giorgio Mazzi, il Direttore Sanitario Cristina Marchesi e il Direttore Generale Fausto Nicolini. Gli autori ringraziano i colleghi dell'Osservatorio OASI per aver contribuito al reperimento delle informazioni sulla presenza delle funzioni di GO nelle ASP del SSN nel 2018.

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

caratteristici in sanità sono molto più complessi che in qualsiasi altro settore, sia perché sono rivolti ai pazienti e ai loro bisogni di salute, sia perché hanno un altro grado di interrelazione: non esistono catene produttive separate ma sovente gli stessi *asset* produttivi sono necessari per gestire percorsi di pazienti diversi (si pensi, ad esempio, agli slot di radiologia, che servono pazienti in PS, ricoverati di reparti medici o chirurgici, pre-ricoveri, *outpatient*). Di conseguenza, un problema o una disfunzione organizzativa nel processo (ad es. del paziente chirurgico) si ripercuote non solo su quel percorso fisico-logistico, ma anche su processi organizzativi rivolti ad altre tipologie di pazienti.

Una ricerca condotta da chi scrive e pubblicata su Rapporto OASI 2017 (Fenech *et al.*, 2017) ha effettuato un'analisi empirica sul grado di diffusione di una funzione di GO nelle Aziende Sanitarie Pubbliche (ASP), chiedendosi se alla maggiore attenzione verso i contenuti della funzione fosse corrisposta anche una qualche forma di strutturazione organizzativa nelle Aziende Sanitarie (Unità Operative Complesse o Semplici, Uffici, Funzioni, Programmi, ecc.). Il lavoro evidenziava come la creazione di funzioni di GO si fosse intensificata a partire dal biennio 2016-2017, anni in cui la Regione Lombardia indicò – nelle linee guida per l'adozione dei Piani di Organizzazione Aziendali Strategici (POAS) – la necessità per le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST) della Regione di dotarsi di una funzione di Operations Management. La ricerca segnalava come solo 30 ASP avessero introdotto formalmente almeno una funzione di GO, di cui 21 in Regione Lombardia. Quindi, le pressioni dei *policy maker* hanno accelerato il processo di formalizzazione della GO all'interno delle ASST lombarde, pur lasciando alla discrezionalità delle Direzioni Strategiche le decisioni sulla strutturazione organizzativa della funzione; si è assistito ad un fenomeno di isomorfismo «coercitivo» (Di Maggio & Powell, 1983), in quanto le organizzazioni sono state spinte ad adottare delle forme strutturate di GO poiché richiesto da normative regionali e linee guida.

Un aggiornamento del censimento è stato effettuato nuovamente tra aprile e luglio 2018 tramite l'analisi dei principali documenti di organizzazione delle ASP e/o dei siti aziendali (Tabella 10.1)³. Come indicato in Tabella 10.1 nel SSN sono presenti almeno 37 aziende in cui è stata strutturata formalmente la funzione GO, per un totale di 42 strutture (in grigio sono evidenziate le nuove strutture organizzative riscontrate nell'analisi del 2018). In particolare si evidenzia che: i) alcune ASST lombarde, probabilmente, hanno reso disponibile i documenti di organizzazione dopo il periodo di riferimento della ricerca del 2017 (si tratta dell'ASST G. Pini, dell'ASST Rhodense, dell'ASST Nord Milano I.C.P. e di due ulteriori funzioni di Gestione Operativa focalizzate sulla rete

³ Si conferma, dal punto di vista metodologico, lo stesso limite indicato nel contributo del 2017: nonostante l'utilizzo di diversi canali di ricerca, alcuni dei documenti di organizzazione delle Aziende Sanitarie Pubbliche – seppur presenti – potrebbero non essere stati rintracciati dagli autori.

Tabella 10.1 **Censimento funzioni di Gestione Operativa formalizzate**

Regione	Azienda	Struttura organizzativa
Lazio	Az. Osp. San Camillo-Forlanini	Lean Organization Operations Management
Lazio	Az. Osp. Univ. Policlinico Tor Vergata	Operations Management
Lazio	Az. Osp. Univ. Policlinico Tor Vergata	Operations Radiology Management
Piemonte	Az. Osp. S. Croce e Carle	Gestione operativa funzioni organizzative ospedaliere
Piemonte	ASL T04	Bed Management
Piemonte	ASL Biella	Operations Management
Piemonte	AOU S. Luigi Gonzaga	Gruppi di lavoro formalizzati: Bed Management, Operating Room Management, Day Care Management
Lombardia	ASST Fatebenefratelli Sacco	Gestione operativa sale operatorie
Lombardia	ASST Fatebenefratelli Sacco	Gestione operativa dell'area territoriale
Lombardia	ASST Spec. Ort. Traumatologico G. Pini/CTO	Gestione Operativa
Lombardia	ASST Ovest Milanese	Gestione operativa
Lombardia	ASST Rhodense	Gestione Operativa
Lombardia	ASST Nord Milano I.C.P.	Gestione operativa
Lombardia	ASST Melegnano e della Martesana	Gestione operativa e sistemi informativi
Lombardia	ASST della Valle Olona	Gestione operativa
Lombardia	ASST della Valtellina e dell'Alto Lario	Gestione operativa e flussi
Lombardia	ASST di Monza	Gestione operativa
Lombardia	ASST di Vimercate	Gestione operativa
Lombardia	ASST Papa Giovanni XXIII	Gestione operativa
Lombardia	ASST di Bergamo Ovest	Gestione operativa
Lombardia	ASST del Garda	Gestione operativa
Lombardia	ASST del Garda	Gestione operativa rete territoriale (afferente a UOC Ricca)
Lombardia	ASST del Garda	Gestione operativa rete territoriale consultori e tutela (afferente a UOC RIMI)
Lombardia	ASST di Cremona	Gestione operativa
Lombardia	ASST di Mantova	Gestione operativa
Lombardia	Fond. IRCCS Istit. Naz.le Tumori – Milano	Gestione operativa
Lombardia	Fond. IRCCS Ca' Granda – Ospedale Maggiore	Gestione operativa, marketing e libera professione
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Gestione operativa, processi e marketing
Lombardia	ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda	Gestione operativa Sociosanitaria
Lombardia	ASST di Pavia	Gestione operativa
Lombardia	ASST degli Spedali Civili di Brescia	Gestione operativa
Lombardia	ASST Santi Paolo e Carlo	Gestione operativa sale operatorie
Lombardia	ASST di Lecco	Gestione operativa
Lombardia	ASST Lariana	Gestione operativa
Lombardia	Policlinico S. Matteo – Pavia	Gestione operativa
Toscana	Azienda Ospedaliero-Universitaria Pisana	Gestione operativa
Toscana	Azienda Ospedaliera Meyer	Bed management e flussi pazienti
Toscana	AOU Siena	Ufficio Lean Management
Emilia Romagna	Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna	Logistica sanitaria
Emilia Romagna	Azienda USL Modena	Logistica Integrata e Gestione Operativa dei Percorsi Chirurgici
Emilia Romagna	Azienda USL Reggio Emilia	Gestione operativa
Campania	ASL Napoli 1 Centro	Monitoraggio processi organizzativi e bed management

Fonte: Ns. adattamento e completamento delle informazioni sulla base di dati Osservatorio OASI 2018.

territoriale dell'ASST del Garda); ii) nel Piemonte si rinforzano le fila delle Aziende Sanitarie che introducono la GO con l'AO S. Croce e Carle che ha istituito una Struttura Operativa Semplice (SOS) che si occupa della reingegnerizzazione dei processi ospedalieri e con l'ASL TO4 che ha inserito una funzione focalizzata sul *bed management*. Infine, in Lazio vi sono le prime due esperienze aziendali di formalizzazione di strutture di OM presso l'Ospedale S. Camillo Forlanini e il Policlinico di Tor Vergata.

L'introduzione di una funzione strutturata di GO nelle Aziende Sanitarie Pubbliche è avvenuta lentamente nell'ultimo decennio, mentre si è evidenziato un picco nell'ultimo biennio rispetto al quale il fenomeno dell'isomorfismo coercitivo sta contribuendo in maniera determinante. Diverse sono le ragioni che possono spiegare la difficoltà delle Aziende Sanitarie di istituire, con decisione autonoma, una funzione di GO:

- ▶ la portata innovativa e dirompente dei contenuti stessi della funzione, che supera la tradizionale concezione di appartenenza delle risorse produttive (sale operatorie, PL, ambulatori) alle singole UO cliniche e che crea una serie di piattaforme trasversali di *asset* produttivi la cui programmazione è centralizzata o sono definite delle regole comuni per il loro utilizzo. Ciò può condurre, di conseguenza, a diversi fenomeni di resistenza al cambiamento da parte dei professionisti;
- ▶ i vincoli regionali sulla numerosità delle UO istituibili dalle Aziende Sanitarie, che hanno condotto ad uno snellimento degli organigrammi aziendali e, anche, ad una maggiore difficoltà ad istituire funzioni innovative in ambito gestionale-amministrativo;
- ▶ i vincoli sul turn over del personale che rendono complesso l'inserimento di nuove figure gestionali che potrebbero ricoprire la posizione (ad es. con il ruolo di dirigenti amministrativi o analisti);
- ▶ la presenza di funzioni aziendali che già svolgono alcune attività che rientrerebbero nell'ambito della gestione operativa e che possono, quindi, "competere" per mantenerle nel proprio alveo di azione.

L'aumento di forme di strutturazione della GO, a parere di chi scrive, andrà comunque a crescere nel corso dei prossimi anni sia sulla base di una maggiore sensibilizzazione da parte dei manager delle Aziende Sanitarie, sia – soprattutto – in relazione alle maggiori pressioni dei *policy maker* attraverso atti normativi.

Per quanto riguarda la maggiore attenzione dei *policy maker* verso il tema, la Regione Toscana ha deliberato in data 2 maggio 2018 un atto avente per oggetto "Azioni per il contenimento dei tempi di attesa: introduzione della funzione di Gestione Operativa". Attraverso tale delibera (n. 476/2018), la Regione Toscana richiede – alle ASL, alle AOU e agli altri enti del SSR – l'attivazione entro il 30 settembre 2018 della funzione di GO, alla quale è demandata la ge-

stione corretta e tempestiva delle aree produttive (sale operatorie, posti letto, spazi ambulatoriali) secondo le “Linee di Indirizzo per lo sviluppo della Gestione Operativa” (Allegato A della stessa deliberazione). La Regione, al fine di favorire l’implementazione delle linee di indirizzo, prevede di realizzare: a) un sistema di monitoraggio attraverso un cruscotto in raccordo con quelli aziendali, basato su flussi informativi *ad hoc* su tempi d’attesa chirurgici, utilizzo aree produttive, accessi e presa in carico in PS; b) un percorso formativo specifico; c) un gruppo tecnico per la redazione delle classi di priorità della chirurgia programmata. La Regione creerà anche delle comunità di pratiche basate sulle esperienze regionali per produrre materiali metodologici e manualistica sul tema della GO.

Si tratta della prima esperienza, tra gli SSR, di definizione dettagliata delle caratteristiche che dovrà assumere la funzione GO. Infatti, le novità introdotte dalla Regione Toscana con tale deliberazione possono essere identificate in termini di: i) attività in carico alla funzione GO, ii) ruoli e strutturazione organizzativa della funzione; iii) strumenti e procedure a supporto. Il Box 10.1 descrive le principali novità introdotte.

Box 10.1 **La funzione di GO introdotta nella Regione Toscana**

Gli ambiti di attività nei quali si esplica la funzione GO definita dalla Regione Toscana sono la programmazione della produzione chirurgica, dei ricoveri e delle attività ambulatoriali e la gestione degli *asset*, ossia la corretta identificazione, dimensionamento e assegnazione di tutte le risorse necessarie al rispetto della programmazione.

Per quanto riguarda il tema dei ruoli e della strutturazione organizzativa, le Linee di indirizzo indicano che le decisioni sull’attivazione di Strutture Operative *ad hoc* o di un team sono demandate all’autonomia aziendale; è certamente necessario identificare un responsabile di struttura/team di GO che assicuri il coordinamento complessivo delle attività dell’*équipe* multi-professionale dedicata alla programmazione e gestione degli *asset*. Tale *équipe* multi-professionale dovrà essere composta da profili che hanno competenze avanzate nella gestione dei flussi del paziente e di professionisti con specifico percorso formativo curriculare nell’ambito della logistica e delle *operations*. La GO dovrà operare in integrazione con Direzione Sanitaria, Direzioni Mediche e Infermieristiche di Presidio Ospedaliero (PO), Dipartimenti Clinici e UU.OO., Dipartimento delle professioni sanitarie. Il team di GO dovrà includere un nucleo di *bed management* per ciascun stabilimento ospedaliero con il compito di garantire 7 giorni su 7 il coordinamento dell’utilizzo dei PL e l’allineamento tra la disponibilità di PL, gli accessi in ospedale da PS e i ricoveri programmati. Il nucleo di *bed management* si interfaccia costantemente con: i *bed facilitator* (che rappresentano i terminali della funzione all’interno delle aree di degenza mediche, chirurgiche e dell’area critica), il PS, i coordinatori infermieristici dei blocchi chirurgici e le Agenzie per la Continuità Ospedale Territorio (ACOT).

La GO può contare su alcune linee guida e procedure, già definite nell’allegato grazie alla partecipazione di alcuni gruppi di lavoro alla redazione delle linee guida, in merito alla gestione della produzione chirurgica, la gestione dei ricoveri e la programmazione degli spazi ambulatoriali. Inoltre, tra gli strumenti necessari per la GO si annoverano: i) l’informatizzazione dei flussi e dei dati, in modo da renderli affidabili, tempestivi e sviluppati orizzontalmente per poter seguire l’intero processo produttivo; ii) lo sviluppo di un sistema di reporting e di indicatori di monitoraggio, che garantiscano il confronto tra richiesta di prestazioni (*input*) e prestazioni erogate (*output*), così come del programmato rispetto all’effettivo per *input* e *output*.

10.2 Obiettivi e metodologia della ricerca

Alla luce del quadro descritto, questo contributo si pone l'obiettivo di analizzare come le nuove funzioni di GO delle ASP si stiano strutturando e quali attività stiano conducendo per raggiungere la *mission* che l'azienda ha attribuito alla funzione stessa. Il richiamo alle logiche di OM può, infatti, assumere caratteristiche e interpretazioni differenti nei diversi contesti aziendali, conducendo a traiettorie molto differenziate di implementazione di tale funzione.

Per condurre questo studio, i ricercatori hanno effettuato un'analisi di quattro funzioni di GO istituite in altrettante ASP. La selezione del campione ha puntato ad una massimizzazione delle differenze in termini di professionalità coinvolte, articolazione organizzativa ed – eventualmente – funzioni gerarchicamente sottoposte alla GO. Tuttavia, si è mantenuto come minimo comune denominatore la necessità di analizzare le forme più strutturate – come UU.OO. Complesse (UOC) o Semplici (UOS) – quindi dotate di maggiore autonomia e personale dedicato, oltre al criterio secondo cui le funzioni dovevano essere attive da almeno un anno al momento dello studio del caso.

Lo studio dei casi è stato effettuato dai ricercatori tramite: i) l'analisi della documentazione aziendale relativa alla GO o sui processi toccati dalla stessa funzione e/o della documentazione prodotta dall'UO; ii) una serie di interviste destinate principalmente ai responsabili della funzione GO, estese – quando possibile – ai collaboratori facenti parte il team di GO o al Direttore Generale (DG); in quest'ultimo caso, il coinvolgimento dei DG è stato rilevante per comprendere la visione di riferimento sull'azione della UO istituita.

I casi analizzati sono i seguenti:

1. ASST Bergamo Ovest, Lombardia, dotata di una UOC di GO in staff al DG che ingloba diverse funzioni (ingegneria clinica, rischio clinico, qualità e accreditamento) e il cui responsabile, di background ingegneristico, è anche Direttore del Dipartimento funzionale dei percorsi oncologici;
2. ASST Cremona, Lombardia, che presenta una UOS di GO in staff al DG composta da un team interamente infermieristico, e ha istituito diversi ruoli di integrazione trasversali quali il Coordinatore Bed Manager e il Coordinatore della Centrale Operativa di Programmazione dell'Attività Chirurgica (COPAC);
3. ASST Monza, Lombardia, la cui UOC di GO in staff al DG presenta come articolazioni organizzative gerarchicamente sottoposte le UOS di Sistemi Informativi Aziendali e di Controllo di Gestione;
4. AUSL di Reggio Emilia, Emilia Romagna, UOC in *line* alla direzione provinciale del presidio ospedaliero (e precedentemente in staff alla direzione sanitaria), istituita – diversamente dalle altre UU.OO. lombarde – non in relazione ad una direttiva regionale ma per volontà aziendale di rispondere ad

uno dei principali obiettivi aziendali, ossia la riduzione delle liste d'attesa per le procedure chirurgiche.

La traccia di intervista ha approfondito diversi temi rilevanti:

- ▶ Origini: la storia della UO e le ragioni alla base della strutturazione della funzione di GO in azienda;
- ▶ Organizzazione e obiettivi: la collocazione della UO nell'assetto organizzativo aziendale, i professionisti che compongono il team, i ruoli di OM istituiti, l'integrazione con le altre funzioni aziendali e gli obiettivi di *performance* assegnati;
- ▶ Oggetto, metodo e strumenti: il focus dell'attività della GO (*asset management*, logistica dei pazienti, *supply chain management*), le modalità di lavoro (responsabilità diretta sulla programmazione e/o facilitatore/consulente interno di gruppi di lavoro aziendali) e gli strumenti utilizzati (di OM e/o *lean management*);
- ▶ Azioni: le principali progettualità implementate e in corso di implementazione;
- ▶ I principali driver di successo e fattori ostativi, secondo le percezioni degli intervistati.

I diversi casi che i ricercatori hanno scelto di analizzare, tra i contesti aziendali più "maturi", dimostrano un'estrema varietà in termini di ragioni alla base dell'istituzione della UO, di professionisti coinvolti, di funzioni collegate e di metodologie utilizzate. La ricerca, quindi, mostrerà un confronto su come l'OM sia interpretato, strutturato organizzativamente e messo in pratica nelle ASP, allo scopo di dare un quadro di riferimento ai *policy maker*, agli accademici e ai manager delle aziende sanitarie sulle diverse modalità possibili di implementazione della GO nelle ASP e sui risultati conseguiti.

10.3 Analisi dei casi

10.3.1 L'ASST Bergamo Ovest

L'azienda

L'ASST Bergamo Ovest è istituita nel 2016, a seguito della riforma di riordino del SSR della regione Lombardia. L'azienda copre un territorio di 490.000 abitanti. La rete ospedaliera dell'ASST consta di un ospedale *hub* presso Treviglio (402 PL ordinari e DH) e di uno *spoke* presso Romano di Lombardia (191 PL ordinari e DH) che erogano quasi 22.000 ricoveri l'anno. Nel 2017, le prestazioni ambulatoriali sono state quasi 3.000.000. I dipendenti sono ol-

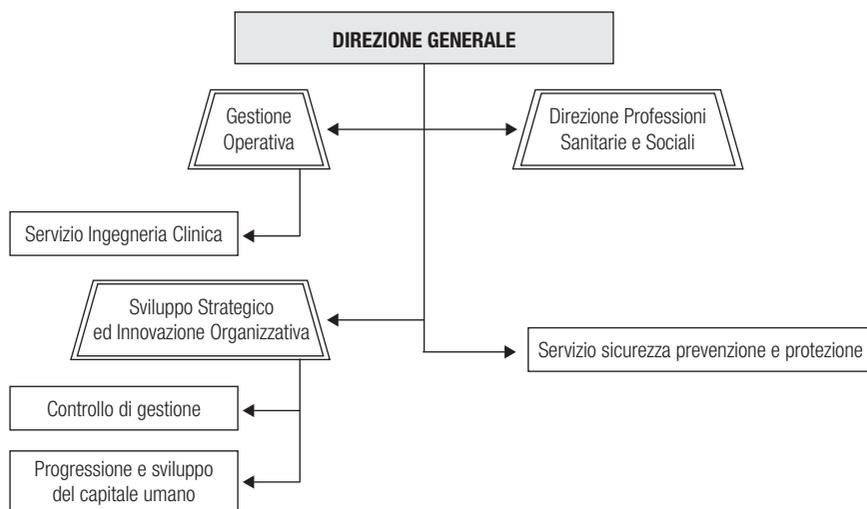
tre 2000. L'attività è garantita da 4 dipartimenti gestionali ospedalieri (Scienze Chirurgiche, Scienze Mediche, Emergenze/Area Critica, Diagnostica Clinica) e 3 dipartimenti del polo territoriale (Rete Integrata Materno Infantile, Salute Mentale e Dipendenze, Fragilità e Presa in Carico); inoltre, sono stati istituiti 2 dipartimenti funzionali (Dipartimento dei percorsi oncologici e di Patologia e Prevenzione).

La funzione Gestione Operativa

L'Unità Operativa Complessa (UOC) "Gestione Operativa" nasce nel 2016 in concomitanza con la definizione del POAS dell'ASST Bergamo Ovest. L'impulso alla costituzione di tale UOC è stato certamente accelerato dalla richiesta regionale di istituire una funzione Gestione Operativa, ma convergeva pienamente con la visione del Direttore Generale secondo la quale l'ottimizzazione dell'organizzazione e dei processi è indispensabile per raggiungere il miglioramento delle *performance* complessive – anche economiche – dell'Azienda Sanitaria. Inoltre, in azienda i tempi erano ormai maturi per costituire una squadra che si occupasse della gestione degli *asset* produttivi e dei percorsi fisi-co-logistici dei pazienti.

Dal punto di vista organizzativo, l'UOC è in staff alla Direzione Generale (DG) e comprende gerarchicamente l'Unità Operativa Semplice Ingegneria Clinica e le seguenti funzioni: i) Sistema Qualità Aziendale ISO, ii) Rischio Clinico e iii) Accreditamento Istituzionale (Figura 10.1).

Figura 10.1 **La GO negli assetti organizzativi dell'ASST Bergamo Ovest**



La scelta di inserire tali funzioni all'interno della UOC Gestione Operativa risponde ad una strategia di integrazione tra attività, in particolare:

1. relativamente alla UOS Ingegneria Clinica, la gestione delle tecnologie biomedicali non è considerata solo in termini di acquisizione e manutenzione degli apparati tecnologici, ma diventa cruciale per governare l'utilizzo delle tecnologie sanitarie ai fini dell'ottimizzazione dell'*operations management*; ad es. per la definizione degli standard tecnologici per sala operatoria o per gli ecografi in modo da garantirne l'utilizzo tra più discipline;
2. il Sistema Qualità Aziendale e il Rischio Clinico contribuiscono congiuntamente a verificare la tenuta dei processi aziendali dal punto di vista della sicurezza clinica, tecnologica, amministrativa e a migliorarli con percorsi di re-ingegnerizzazione complessiva;
3. la presenza di una funzione di Accreditamento Istituzionale permette, infine, di controllare immediatamente se la riconversione o l'ottimizzazione di alcuni *setting* assistenziali (ad es. la trasformazione di un reparto da PL ordinari in DH) sia coerente e perseguibile secondo la disciplina relativa all'accreditamento.

L'UOC di Gestione Operativa è diretta da un Ingegnere Biomedico, che si è formato anche su temi di *operations management*, il quale – ad interim – ricopre anche il ruolo di Direttore Facente Funzione dell'UOS Ingegneria Clinica. Il team che lavora nella UOC è multidisciplinare e consta di: i) un dirigente medico (con background chirurgico) che supporta il team sui temi di ottimizzazione dei processi chirurgici e sul rischio clinico; ii) un'infermiera che contribuisce all'analisi e alla riorganizzazione dei processi con un'attenzione privilegiata alla parte assistenziale; iii) un ingegnere che gestisce la parte di ingegneria clinica tradizionale; iv) due amministrative che lavorano sul sistema qualità, con il compito di redigere documenti e definire gli strumenti opportuni.

Il ruolo della GO è sia di gestione e programmazione degli *asset* produttivi sia di facilitatore per gruppi di lavoro su innovazioni di processo o percorso. La formazione di tali gruppi, attualmente, è decisa dalla direzione strategica con un approccio *top down*. Ad oggi, il focus dell'attività della GO è la gestione delle sale operatorie e la riorganizzazione del percorso del paziente chirurgico. Nel prossimo futuro si prevede di estendere l'oggetto dell'attenzione alle attività ambulatoriali, al PS, alla riorganizzazione delle degenze e al percorso del paziente medico, mentre ricade fuori dall'ambito della UOC la gestione della *supply chain*, ossia la logistica dei beni sanitari.

Tra gli strumenti utilizzati dalla GO sono particolarmente rilevanti le analisi quantitative su attività di produzione e tempi, comprese quelle di variabilità. Oggi non sono ancora utilizzati gli strumenti derivanti dal *lean management*, su cui è in programma in futuro una formazione dei professionisti clinici e sanitari gestita direttamente dalla GO.

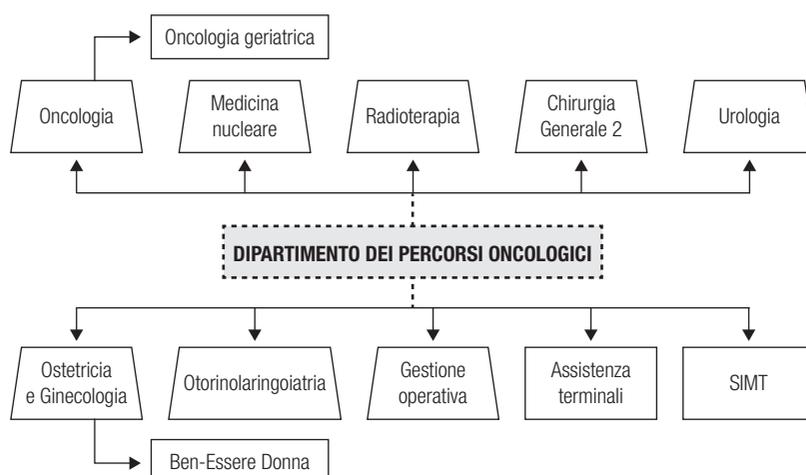
Il Direttore della UOC di GO è anche direttore del “Dipartimento funzionale dei percorsi oncologici” che ha la *mission* di accompagnare i clinici delle

UU.OO. che ne fanno parte (organigramma riportato nella Figura 10.2, in cui sono delineate tutte le UU.OO. che costituiscono il dipartimento funzionale) nella definizione o nel miglioramento dei principali percorsi dei pazienti oncologici (mammella, colon retto, prostata, ecc.) dal punto di vista clinico, organizzativo, logistico e tecnologico; il Direttore di dipartimento riveste il ruolo di *project manager*, garantisce il supporto metodologico e il collegamento con le scelte strategiche e operative relative alle funzioni ricoperte dalla UOC di GO.

La GO si interfaccia molto frequentemente, oltre che con i clinici con cui costituisce i gruppi di lavoro e la DG di cui è staff, con la Direzione Sanitaria, la Direzione Medica di Presidio (DMPO), il Controllo di Gestione (per il monitoraggio trimestrale dei dati di produzione delle UO cliniche).

Rispetto alla visione della DG, l'implementazione della GO era necessaria per garantire l'efficientamento e la riprogettazione dei processi, una risposta maggiormente efficace alle aspettative dei pazienti e il miglioramento complessivo delle *performance* dell'ASST. La consapevolezza della rilevanza della GO nel quadro delle strategie aziendali, ha condotto la DG dapprima a istituire una UOC con diverse funzioni assegnate per garantire la maggiore integrazione possibile tra qualità, *risk management* e gestione tecnologie sanitarie e, successivamente, a ritenere necessaria l'attribuzione al Direttore della GO anche la Direzione del Dipartimento funzionale dei percorsi oncologici, per stabilire uno stretto collegamento tra processi fisico-logistici e processi clinici di presa in carico di tale tipologia di pazienti. Tale visione ha trovato solidità da un lato attraverso la scelta delle persone con le competenze adatte per poter affrontare questo compito sfidante, in particolare l'ingegnere biomedico messo a capo

Figura 10.2 **Organigramma Dipartimento funzionale dei Percorsi Oncologici dell'ASST di Bergamo Ovest**



della UOC e del dipartimento, dall'altro nella decisione di supportare con il proprio pieno *commitment* le azioni della GO sia nei confronti di possibili dimostrazioni sindacali, sia di quei clinici che devono ancora sviluppare una cultura maggiormente orientata ai processi.

Aree di attività della Gestione Operativa

I primi progetti di miglioramento che ha affrontato la GO sono stati quelli relativi all'ottimizzazione dell'utilizzo delle sale operatorie e al miglioramento del percorso logistico del paziente chirurgico. Tale progetto ha coinvolto un gruppo di lavoro coordinato dalla GO e composto da un membro della Direzione Medica di Presidio Ospedaliero (DMPO), il Coordinatore Infermieristico del Blocco Operatorio, il responsabile della UOS Blocco Operatorio (anestesta). Nella fase di definizione delle nuove procedure si è ritenuto che il gruppo di lavoro dovesse mantenere una visione più ampia dell'utilizzo delle sale operatorie e del percorso generale del paziente chirurgico, perciò non sono stati coinvolti i singoli chirurghi.

Tra le maggiori criticità riscontrate vi era la mancanza di un'adeguata pianificazione dell'utilizzo delle sale operatorie e della definizione degli interventi da svolgere; da questo problema principale ne discendevano altri, quali: un utilizzo inappropriato dei PL dei reparti chirurgici, poiché era previsto il ricovero di pazienti chirurgici già alcuni giorni prima dell'intervento per evitare possibili "appoggi" dell'area medica (con un conseguente aumento della degenza preoperatoria); il tentativo di spingere il flusso dei pazienti – già ricoverati – in sala operatoria tramutando per loro il regime da "elettivo" ad "urgenza"; la mancata programmazione di tutti i dispositivi tecnologici e *devices* necessari per l'intervento.

Le sale operatorie presenti nell'ospedale *hub* di Treviglio sono sei più una dedicata ai piccoli interventi. Tutte le sale elettive oggi lavorano dalle 7.30 alle 14.30, ad eccezione di una che è in attività dalle 7.30 alle 16.30. Gli eventuali slot pomeridiani possono essere utilizzati per la libera professione.

Le linee di intervento più rilevanti per risolvere le criticità del percorso chirurgico hanno condotto a definire due procedure:

1. la procedura di programmazione dell'utilizzo delle sale operatorie, con l'obiettivo di ottimizzarne l'utilizzo;
2. la procedura di gestione delle emergenze da Pronto Soccorso che necessitano di intervento chirurgico.

Per quanto concerne la procedura relativa all'utilizzo delle sale operatorie, la GO ha il compito di governare il processo di programmazione delle sale operatorie dal livello strategico a quello tattico, sino a quello operativo (Bensa *et al.*, 2008):

- ▶ pianificazione (livello strategico): annualmente vengono definiti i contratti di produzione chirurgica con l’Agenzia di Tutela della Salute (ATS) della provincia di Bergamo sulla base della produzione storica e delle strategie della Direzione dell’ASST discusse con l’ATS;
- ▶ programmazione infra-annuale per i periodi gennaio-maggio, giugno-settembre, ottobre-dicembre (livello tattico): permette alla GO di organizzare la produzione chirurgica tenendo conto della turnazione di ferie e riposi, anche relativamente agli accorpamenti/chiusure dei reparti nei periodi estivi;
- ▶ programmazione settimanale (livello operativo): entro il giovedì precedente è previsto l’invio informatico del programma operatorio settimanale da parte di ciascun direttore della UOC chirurgica in cui si indica, per ciascun paziente da operare, il tempo necessario per l’intervento, l’équipe chirurgica prevista, le attrezzature richieste in sala e l’eventuale presenza del tecnico, la necessità di passaggio in rianimazione, eventuali sacche di sangue, la presenza dell’anatomo-patologo per esami in estemporanea. Il venerdì pomeriggio un gruppo formato da GO, coordinatore infermieristico di sala operatoria, coordinatore anestesista del blocco operatorio, verifica tutti i programmi operatori settimanali rispetto ai tempi e alle richieste di ciascuno dei direttori di UO, confrontandosi con la Direzione Sanitaria. Il programma settimanale definitivo viene caricato a sistema il venerdì sera.
- ▶ Programmazione giornaliera (livello operativo): entro le 15.30 del giorno precedente gli interventi, il programma è confermato o può essere modificato in relazione a sopraggiunte problematiche su un paziente.

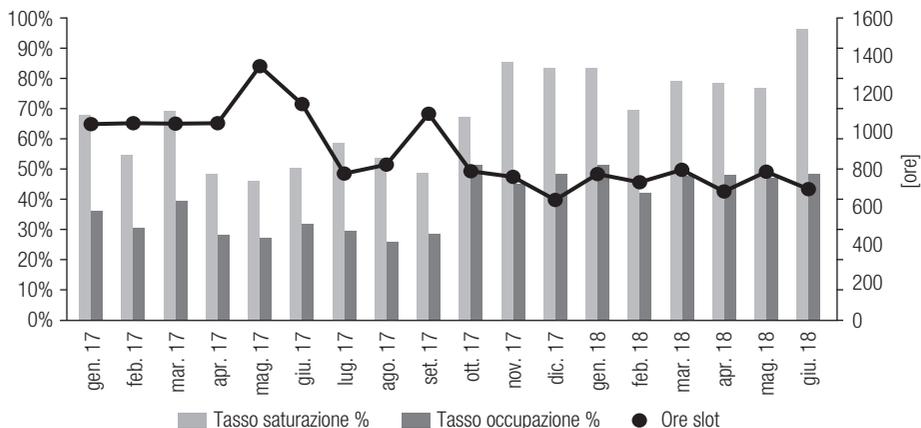
Tra i risultati ottenuti, i principali sono relativi all’efficientamento dell’utilizzo delle sale operatorie. Come rappresentato in figura Figura 10.3 vi è stato un contenimento delle ore di slot di sala operatoria che vengono utilizzate in modo più efficiente, dimostrando un sensibile aumento del tasso di saturazione delle sale a partire da ottobre 2017 e, anche, del tasso di occupazione⁴.

Nel contempo sono state definite delle regole per la riorganizzazione del percorso del paziente chirurgico sia in relazione al miglioramento del pre-ricovero (adozione di un metodo “pull” per cui il paziente viene chiamato per il pre-ricovero solo nel momento in cui è stabilito il suo intervento⁵) sia rispetto

⁴ Con tasso di saturazione delle sale operatorie si intende il periodo di tempo che i pazienti passano in sala (dal momento dell’induzione al risveglio) rispetto alle ore di apertura della sala. Con tasso di occupazione si intende il totale dei tempi chirurgici (da incisione a sutura) rispetto alle ore di apertura della sala operatoria.

⁵ Il paziente viene inizialmente inserito all’interno di una lista d’attesa “informatica” per il pre-ricovero, una volta effettuato il pre-ricovero anestesilogico e confermata l’operabilità del paziente, questi viene inserito nella lista d’attesa per l’intervento; questo meccanismo contribuisce a dare un’idea più precisa del numero di pazienti che – una volta completato l’iter diagnostico e anestesilogico – sono effettivamente in attesa dell’intervento e non sono solo “potenziali operabili”.

Figura 10.3 Ore slot, tassi di occupazione e tassi di saturazione sale operatorie



alla riorganizzazione dei reparti chirurgici per intensità di cura, in particolare con la creazione della *week surgery*.

Riguardo la procedura di gestione delle emergenze da Pronto Soccorso che necessitano di intervento chirurgico, si è deciso di optare per la separazione tra il percorso di gestione dell'emergenza/urgenza chirurgica e il percorso dei pazienti chirurgici in elezione. In particolare, è stata dedicata alle emergenze chirurgiche una sala operatoria H24 nel blocco operatorio principale ed è stata attrezzata una sala operatoria per gestire i parti cesarei complessi presso il reparto di Ostetricia e Ginecologia.

I prossimi passi prevedono: nel prossimo futuro, la piena implementazione e la verifica della tenuta del modello di programmazione chirurgica attraverso l'analisi dei dati; successivamente, la riorganizzazione delle aree di degenza mediche per intensità di cura, la gestione dell'area ambulatoriale e delle liste d'attesa, l'integrazione dei sistemi di *operations management* con la presa in carico dei pazienti cronici.

Fattori critici di successo e barriere

I fattori critici di successo per l'implementazione della GO in azienda, a parere del Direttore della UOC, sono stati diversi:

- ▶ in primo luogo, il forte *commitment* da parte della Direzione Generale che ha sostenuto gli obiettivi e le azioni del team della GO dinanzi a tutte le professionalità coinvolte;
- ▶ la costruzione di un team multidisciplinare che, da un lato possiede le competenze tecniche necessarie per svolgere le attività di GO e conosce il funzionamento dei processi in ospedale, e dall'altro ha l'autorevolezza e le doti di leadership necessarie per conquistare la fiducia dei clinici.

Gli ostacoli maggiori che possono verificarsi dipendono: i) da una mancanza di sistemi informatici diffusi su tutti i percorsi, che hanno bisogno di software avanzati per monitorare i dati di produzione, efficienza nei processi, ecc.; ii) dall'assenza di una diffusa cultura di miglioramento continuo dei processi e di utilizzo flessibile delle risorse produttive aziendali.

10.3.2 L'ASST di Cremona

L'azienda

L'ASST di Cremona è istituita nel 2016, a seguito della riforma di riordino del SSR della Regione Lombardia.

Oggi la ASST di Cremona consta di quasi 2500 unità (2.494 unità) di cui 472 Dirigenti (tra cui dirigenti sanitari medici 417) e 2.022 operatori del Comparto (di cui 1.321 operatori comparto sanitario, 478 tecnici e 223 amministrativi) e 978 posti letto accreditati. Rispetto alle attività sanitarie offerte, l'ASST di Cremona eroga oltre 28.000 ricoveri (di cui 86% ricoveri ordinari), quasi 3.500.000 prestazioni ambulatoriali per esterni (incluse le prestazioni ambulatoriali complesse BIC e MAC) e oltre 55.000 prestazioni psichiatriche.

La rete ospedaliera comprende gli ospedali di Cremona e Oglio Po.

La funzione Gestione Operativa: visione strategica e disegno organizzativo

La funzione di GO nasce il 1 luglio 2017 in un contesto organizzativo che ha visto nel tempo molteplici trasformazioni ed "estensioni" della propria sfera di responsabilità e rappresenta l'occasione per favorire "un migliore accesso ed una più ampia condivisione delle informazioni, oltre che una più evoluta e migliore interazione tra i diversi attori del sistema sanitario, siano essi pazienti, medici, operatori, strutture oppure altri soggetti interessati provenienti da settori diversi" (POAS approvato a marzo 2017).

Nell'attuale assetto organizzativo la funzione di Gestione Operativa è una Unità Operativa Semplice (UOS) in staff al Direttore Generale (Figura 10.4). Le indicazioni normative della regione sono state determinanti per la costituzione della funzione organizzativa, ma vi era già un orientamento strategico in questo senso. Nel 2016 la Direzione Strategica aveva assegnato in distacco presso la DG attuale responsabile della GO, con mandato di coordinare i lavori per l'apertura dell'Area Donna ASST di Cremona per fornire un supporto di *project management* e di reingegnerizzazione dei processi dell'Area.

Il responsabile della funzione di GO è di matrice infermieristica ed è una figura con lunga esperienza in azienda (dal 1987). In azienda ha svolto ruoli dirigenziali dal 2010, con incarico di dirigente responsabile Servizio Infermieristico Ospedale Oglio Po e successivamente, dirigente area assistenziale ASST Cremona fino, appunto, a giugno 2017. Oltre al responsabile, la "squadra" della

Figura 10.4 **La GO negli assetti organizzativi dell'ASST di Cremona (dipendenza gerarchica)**



GO è composta al momento da (Box 10.2): i) due Coordinatori della Centrale Operativa per la Programmazione Attività Chirurgica (COPAC) presenti nei due ospedali di Cremona e di Oglio Po, ii) la Bed Manager dell'Ospedale di Cremona; iii) i Collaboratori della Centrale Operativa Dimissioni, che si occupa dei trasporti dei dimessi anche in ambulanza e dei rapporti con le strutture intermedie. Si tratta in tutti i casi di figure di matrice infermieristica con comprovata esperienza organizzativa e/o *skills* analitiche (la Bed Manager possiede un background di statistica epidemiologica).

In area chirurgica, il ruolo della GO si concentra sull'*asset management*, ossia sulla programmazione degli slot operatori, e sulla gestione dei flussi dei pazienti chirurgici nelle fasi dell'accesso al pre-ricovero e alle degenze di *week surgery*. In area medica, supporta la Direzione Sanitaria e Medica di Presidio per l'analisi epidemiologica degli accessi e dell'utilizzo dei posti letto (in particolare con l'elaborazione delle procedure e protocolli per i ricoveri e gli "appoggi"), oltre alla gestione delle dimissioni protette attraverso la centrale trasporti.

Il team di GO lavora anche come facilitatore e consulente per progetti di *operations management*; in questo caso, costituisce dei gruppi di lavoro per i progetti voluti e avviati dalla Direzione Strategica.

Tra gli strumenti, il team di GO utilizza analisi quantitative e di variabilità, effettua mappature dei processi logistico-organizzativi e utilizza alcuni strumenti *lean* (sebbene ancora sporadicamente).

Nel perseguire gli obiettivi e nel portare avanti le attività la GO opera di concerto con i numerosi stakeholder interni: ha un rapporto quotidiano e collaborativo con il Controllo Direzionale, le unità operative ospedaliere e gli ane-

stesisti coordinatori di sala; inoltre, si interfaccia con la Direzione Assistenziale delle Professioni Sanitarie (DAPS) e la DMPO, con i quali concorda l'impostazione strategica della programmazione degli *asset* produttivi dato che, sulla base di quest'ultima, dovranno stabilire le turnistiche lavorative.

I primi passi della GO: aree di attività e di risultato

Nell'anno di "messa a regime", la funzione di Gestione Operativa si è, di fatto, concentrata principalmente sull'ambito chirurgico e in particolare sulla programmazione e gestione (o supporto alla gestione) degli *asset* (sale operatorie e posti letto).

Box 10.2 **Mission e compiti dei ruoli di supporto alla GO dell'ASST di Cremona**

Il Coordinatore della Centrale Operativa Programmazione Attività chirurgica

Il coordinatore della Centrale Operativa di Programmazione dell'Attività Chirurgica (COPAC) ha il compito di supportare l'organizzazione aziendale nella programmazione dell'attività chirurgica, valutando la complessità strutturale della stessa, garantendo il supporto necessario ai direttori delle UUOO e dell'Anestesia e Rianimazione al fine di programmare efficientemente i volumi di attività chirurgica. Dipende gerarchicamente dal responsabile della Gestione Operativa e collabora in primis con i direttori delle UUOO chirurgiche, i coordinatori infermieristici ed i responsabili/referenti del gruppo operatorio fornendo, inoltre, aggiornamenti dei dati per i sistemi informativi a supporto delle attività di programmazione e verifica. Per rendere il più possibile efficace l'attività di programmazione, il coordinatore programma il flusso dell'utenza al pre-ricovero chirurgico interagendo con il maggior numero di professionalità all'interno della struttura ospedaliera; inoltre verifica e controlla i processi ospedalieri del percorso chirurgico. Durante la pianificazione delle attività operatorie, è costantemente in contatto con lo svolgimento delle operazioni al fine di perfezionare in tempo reale i programmi prestabiliti, ottenendo informazioni dalle Unità Operative di degenza.

Il Coordinatore Bed Manager

La gestione della risorsa "*posto letto*" diventa oggi più che mai una funzione indispensabile a supporto dell'organizzazione dei ricoveri e degli appoggi dei pazienti nelle varie unità operative. La garanzia di avere in modo costante flussi informativi puntuali sulla risorsa "posto letto" e la situazione prospettica sulla questione dimissioni (problematiche e non) rappresenta un meccanismo operativo di facilitazione per l'assunzione delle decisioni ai vari livelli competenti, in primis il Pronto Soccorso. Dipende gerarchicamente dal responsabile della Gestione Operativa e collabora in primis con i direttori e i coordinatori infermieristici delle Unità Operative e Servizi. È responsabile della rilevazione e mappatura della situazione dei posti letto e dei pazienti in appoggio. Si attiva in sinergia con la Direzione Medica di Presidio Ospedaliero per la gestione ottimale dei ricoveri in appoggio e dei pazienti in attesa di posto letto fornendo un valido supporto informativo al Pronto Soccorso e alle Unità Operative. Coordina la Centrale Operativa delle Dimissioni e provvede all'invio aggiornato dei dati alle funzioni di governo aziendale.

Il coordinatore dei servizi ambulatoriali e diagnostici

Figura non ancora attivata, avrà il compito di: i) mantenere aggiornata la mappatura dell'attività ambulatoriale aziendale fornendo supporto alle direzioni mediche e amministrative degli Ospedali per garantire una programmazione efficace delle attività; ii) proporre analisi organizzative in materia di ottimizzazione degli spazi e delle risorse; iii) monitorare l'andamento delle liste di attesa ambulatoriali garantendo un data reporting costante ai livelli di responsabilità. Dipende gerarchicamente dal responsabile della Gestione Operativa e collabora in primis con le direzioni mediche e amministrative di Ospedale e con il DAPS.

Il primo importante *step* in questo ambito è stato l'analisi e la "pulizia" delle liste di attesa attraverso un'impegnativa attività di verifica diretta con i singoli pazienti inseriti in lista da parte dei clinici delle UU.OO. e degli infermieri coordinatori di reparto; un lavoro che ha portato a ridurre le liste di attesa di circa la metà (da circa 4000 a circa 2300 pazienti in lista di attesa). La programmazione strategica degli slot è stata, quindi, poi rivista in base: a) al quadro aggiornato delle liste di attesa, b) all'attribuzione delle classi di priorità alle procedure (con particolare attenzione ai tempi massimi per i tumori) e c) all'orientamento della produzione sulla base degli obiettivi dati dalla Regione Lombardia alla Direzione Generale dell'ASST (es: aumento degli interventi delle fratture di femore entro le 48h e la valorizzazione della linea del neuro-trauma). Rispetto all'utilizzo delle sale operatorie, la GO è responsabile della programmazione mensile degli slot operatori per le 14 sale operatorie presenti nell'ospedale di Cremona e le 5 dell'ospedale di Oglio Po, cui segue una verifica dei turni di infermieri, clinici e anestesisti. La programmazione settimanale e giornaliera è, invece, demandata alla concertazione tra i reparti (che inviano la lista operatoria settimanale) e al servizio di anestesia e rianimazione, a meno di necessità di consulto e supporto.

Per alimentare e rafforzare metodologicamente i processi di programmazione, la funzione di GO collabora costantemente con il Controllo Direzionale (che incorpora i Sistemi Informativi) per l'analisi e monitoraggio sistematico dei dati. Tra i dati più rilevanti vi sono i tempi di intervento (dall'entrata in sala all'uscita dalla sala operatoria); si tratta di: i) tempi standard, basati sullo storico ii) tempi stimati dai chirurghi (entrata-uscita sala) al momento dell'inserimento nella lista operatoria settimanale; iii) tempi effettivi (reali). Nella fase di diagnosi iniziale sono stati monitorati gli scostamenti tra tempi effettivi e tempi inseriti in lista operatoria e tra tempi effettivi e tempi standard. I primi per valutare la propensione allo sfioramento/capacità di programmazione dei reparti, i secondi per aggiornare i tempi standard o rivedere le dinamiche di sala. Alla luce di tali analisi e al fine di allineare i tempi stimati in fase di lista operatoria ai tempi standard, è stato introdotto un cambiamento per cui, al momento dell'inserimento del paziente in lista operatoria, il sistema informativo associa direttamente il tempo standard, con un margine di discrezionalità lasciato al professionista per fare aggiustamenti per i casi particolari. A questo si aggiunge il fatto che gli slot orari operatori stabiliti dalla GO sono «bloccati» nella maschera informatica, permettendo ai professionisti di inserire pazienti solo fino alla saturazione dello slot previsto. La combinazione di questi automatismi sta limitando e riducendo le possibilità di aggiunte, aggiustamenti e "sfioramenti" nell'ambito della programmazione operativa in chirurgia elettiva. Se, invece, alcuni slot rimangono liberi, la GO li propone alle UO che hanno più liste d'attesa o maggiore necessità di spazi operatori.

La funzione di GO è stata poi di supporto ai reparti e agli anestesisti che coordinano i blocchi nello sviluppo dei seguenti progetti (alcuni ancora in corso):

“Efficientamento della Week Surgery”, “Revisione del percorso del paziente chirurgico e riorganizzazione dei blocchi di sala operatoria”, “Riorganizzazione del percorso di pre-ricovero”.

Contemporaneamente, un’ulteriore linea di azione è stata quella di ottimizzare la separazione tra attività chirurgica elettiva e in emergenza/urgenza. Presso l’ospedale di Cremona, una sala è dedicata all’emergenza immediata H24, mentre un’altra è dedicata alle urgenze da effettuare entro le 6 ore.

In linea con le sopracitate attività e le priorità da affrontate, la GO si è posta una serie di obiettivi chiave, tra cui l’aumento del tasso di utilizzo delle sale operatorie e il rispetto dei tempi operatori, l’attivazione delle procedure standardizzate di pre-ricovero e il rispetto degli standard di attesa per classe di priorità.

Tabella 10.2 **Obiettivi e indicatori di risultato nel primo anno di attività della GO**

Obiettivo	Indicatore di monitoraggio
Aumentare tasso utilizzo sale operatorie (tasso grezzo)	Indice=[ore totale casi eseguiti (ingresso_uscita sala) + 10 minuti per tempo sanificazione] / ore totali disponibilità sala
Incremento della procedura del pre-ricovero	Numero pazienti pre-ricovero/totale pazienti chirurgici in elezione
Migliorare la qualità della documentazione sanitaria	L’atto operatorio è stampato e disponibile all’uscita della sala
Rispetto tempi operatori	% interventi con inizio induzione 1° paziente entro le 8:15

Tali obiettivi sono condivisi con le UU.OO. interessate in modo da responsabilizzare e incentivare alla collaborazione verso obiettivi comuni.

Per quanto riguarda la gestione delle degenze (PL), il Bed Manager è entrato da poco in attività (marzo 2018) e, come già indicato, per il momento la funzione è di supporto alla Direzione Sanitaria e DMPO: 1) nella gestione delle degenze dopo l’accesso in PS e 2) nella gestione delle dimissioni protette attraverso la centrale trasporti. Rispetto al primo punto, elabora report epidemiologici e statistici sugli accessi da PS e sui ricoveri nei posti letto di area medica con lo scopo di aiutare a definire procedure specifiche per l’utilizzo dei posti letto e per ricoveri “in appoggio”. Una prima prassi introdotta prevede che il PS ricoveri nella specialità clinica relativa al problema di salute del paziente; è poi responsabilità del medico di reparto decidere l’appoggio, anche avvalendosi del parere della GO nei casi straordinari. Riguardo il secondo punto, il team di GO è l’interfaccia per le dimissioni con il Centro Servizi dell’ASST (gerarchicamente sotto la Direzione Socio-Sanitaria) e si occupa del coordinamento con la centrale trasporti.

Nel breve periodo, la Gestione Operativa continuerà a operare prevalentemente sull’ambito chirurgico, potenziando e ultimando le progettualità in essere sulla logistica dei pazienti chirurgici. Successivamente l’ambito di attività si allargherà alla gestione degli slot ambulatoriali e diagnostici e sui relativi

percorsi, rispetto ai quali è stata effettuata una mappatura degli slot ambulatoriali nel giugno 2017 che ha fatto emergere come molte agende dei clinici non fossero ancora riportate su CUP (questione sanata successivamente). Per questa linea di attività è previsto l'inserimento in organico di un coordinatore dei servizi ambulatoriali e diagnostici (cfr. Box 10.2). Inoltre, molto importante sarà l'analisi delle attività istituzionali e l'interazione con l'area a pagamento.

La programmazione ottimale dell'attività ambulatoriale aziendale, oltre a rappresentare elemento di efficienza e razionalità organizzativa, è presupposto fondamentale per lo sviluppo della presa in carico delle cronicità e del Centro Servizi. In questa direzione, sarà oggetto di lavoro anche il rafforzamento delle sinergie con i *process owner* (ancora in fase di implementazione) per i percorsi Ospedale-Territorio. Al momento, ai *process owner* viene fornito principalmente un supporto metodologico.

Rimarranno, invece, sostanzialmente fuori dalle attività della GO, e pertanto non saranno oggetto di lavoro per i prossimi anni, i processi che riguardano la logistica dei beni e la *supply chain*.

Fattori critici di successo e barriere

Tra le principali barriere al cambiamento si rilevano le resistenze alla riconfigurazione della programmazione degli slot da parte dei reparti che hanno «ceduto» ore programmate e una naturale inerzia organizzativa nel *modus operandi* che rende ancora incompleto il passaggio alla standardizzazione dei processi di inserimento in lista operatoria. A questo si aggiunge la tipica scarsa attenzione e cura dei dati da parte dei livelli operativi che, di fatto, sono quelli che li rilevano. Il primo anno di attività sembra comunque essere promettente per il futuro e si possono già intravedere alcuni vantaggi della formalizzazione della GO negli assetti organizzativi proprio nel superamento, seppur progressivo, di questi stessi ostacoli.

La funzione ha innanzitutto conferito autorità a figure che prima agivano per “autorevolezza” perché inquadrate solo come di supporto “funzionale”, senza avere diretta responsabilità, ad esempio, sulla programmazione degli *asset*. Proprio la centralizzazione della programmazione ha ridotto le lunghe e spesso poco concludenti contrattazioni tra reparti, scardinando le rigidità dei processi decisionali e conferendo maggiore flessibilità e adattamento alla domanda. È stato anche un modo per rafforzare un uso sistematico e non estemporaneo dei dati per la rilevazione e monitoraggio degli *asset*, con un impatto sulla cultura organizzativa anche degli operatori di sala, sempre più attenti nella rilevazione dei tempi “organizzativi” di sala.

Tra i fattori critici di successo, è risultato di fondamentale importanza il *commitment* della direzione strategica. La legittimazione dall'alto è stata indispensabile per sostenere e portare a termine i primi mandati, principalmente di tipo *top-down*. Questo ha però rallentato il processo di legittimazione dal basso e la

GO viene ancora vista come la “lunga mano” della direzione. Una percezione che pian piano inizia a cambiare per due ordini di motivi/fattori facilitanti. La prima è una questione di metodo. Se la strategia indica le aree di intervento e gli obiettivi da raggiungere, la GO è autonoma nel gestire il “come” raggiungerli. Il metodo di lavoro prevede quindi una prima diagnosi da parte della GO che poi viene illustrata ai gruppi di lavoro con i quali si ragiona sulla riprogettazione, stimolando, quindi, un approccio *bottom-up*. La seconda è una questione di “risultati” e di *quick-wins* sistematici. La legittimazione dal basso si raggiunge “con il numero di piccoli problemi che riesci a risolvere ai medici”. Infine il recente reclutamento di medici e primari da fuori dall’azienda ha contribuito a ridurre l’autoreferenzialità dei reparti e incentivato una maggiore richiesta di supporto alla GO.

10.3.3 L’ASST di Monza

L’azienda

La ASST di Monza è stata costituita nel gennaio 2016 e nasce dalla fusione della ex Azienda Ospedaliera San Gerardo, del Presidio Ospedaliero di Desio, nonché di alcune strutture e funzioni precedentemente ricomprese nelle ex ASL della provincia di Monza e Brianza ed ex ASL della Provincia di Milano. Considerando i due ospedali maggiori (San Gerardo e Desio), la ASST consta di 1295 posti letto accreditati, di cui 967 al san Gerardo (dati 2017). Il processo di fusione della ASST è stato seguito dal DG, insediatosi nel 2016, il quale è stato anche un forte promotore dello sviluppo della Gestione Operativa proprio a supporto della gestione della nuova macro-azienda.

La funzione Gestione Operativa: visione strategica e disegno organizzativo

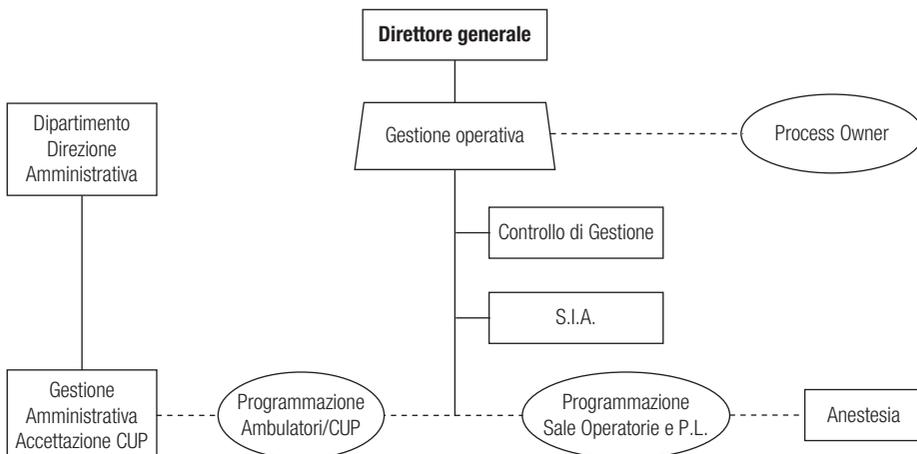
Il percorso di implementazione della GO è iniziato, di fatto, con l’inserimento della figura di un ingegnere gestionale in staff alla direzione nel 2016 (in comando dalla ASL), divenuto poi il referente della funzione di GO (2017), sebbene la responsabilità ultima sia rimasta in capo al Direttore Generale che ne mantiene la direzione *ad interim*. Il forte *commitment* del DG trova una radice nell’obiettivo di utilizzare la Gestione Operativa come leva strategica per superare la parcellizzazione e la frammentazione di una organizzazione tipicamente improntata sui reparti. L’inserimento della GO coincide, infatti, con l’esigenza di a) uniformare ed esplicitare le regole di funzionamento nei processi aziendali, b) prendere in carico i pazienti in una logica di percorsi trasversali con l’intento di aumentare la ricettività, c) utilizzare pienamente e in modo integrato/coordinato la capacità produttiva dei due ospedali e delle strutture territoriali dell’ASST, d) allineare strategia e gestione. Riprendendo le parole del POAS: «La Struttura Complessa Gestione Operativa è in staff al Direttore Generale e si occupa di supportare la Direzione Strategica nell’organizzazio-

ne e nell'ingegnerizzazione dei processi produttivi [...] in particolare, coordina la progettazione dei processi di erogazione dei servizi e l'integrazione tra le strutture ospedaliere e territoriali, con l'obiettivo di ottimizzare l'efficacia e l'efficienza complessive del sistema di produzione aziendale e di misurarne le performance».

Si tratta quindi di uno spazio di responsabilità "ampio", in linea con una visione totalizzante della GO, che include la programmazione dell'utilizzo degli *asset*, il supporto alla riprogettazione della logistica delle informazioni e dei pazienti, ma anche la rilevazione dei dati e il controllo di gestione. Ecco, dunque, che la funzione di GO si configura come una Struttura Complessa cui sono state annesse gerarchicamente una serie di strutture semplici (Figura 10.5): la UOS Sistemi Informativi Aziendali, la UOS Controllo di Gestione, la funzione Programmazione Ambulatori/CUP, la Programmazione Sale Operatorie e Posti Letto. La UOC coordina le attività comuni e, in particolare, l'analisi e la progettazione dei principali processi assistenziali con attenzione alla presa in carico e all'interazione ospedale-territorio, alla progettazione e alla gestione dei flussi informativi secondo logiche di processo, alla progettazione e alla costruzione del *datawarehouse* aziendale e della reportistica di supporto agli attori dei processi per livelli di responsabilità (Direzione Strategica, *Process Owner*, UOC, UOS, staff, ecc.).

Nella costruzione della funzione di GO, a parte per l'inserimento del referente, non si è proceduto a una creazione di un team dedicato *ex novo* come in altri casi; il primo compito dell'ingegnere referente della funzione è stato quindi quello di costituire una squadra amalgamando l'insieme di UOS afferenti alla gestione operativa. Un cammino agevolato dal fatto che aveva già avuto modo

Figura 10.5 **La GO negli assetti organizzativi dell'ASST di Monza**



di collaborare con le UU.OO. nella sua esperienza precedente in staff alla Direzione Generale. Inoltre, per le UU.OO., l'accorpamento nella funzione di GO potrebbe rappresentare un ridimensionamento della posizione organizzativa, ma in realtà è allo stesso tempo un'opportunità per un maggiore riconoscimento e valorizzazione: non più strumentali alla rendicontazione, bensì integrati e finalizzati a un pronto e sistematico utilizzo per la gestione.

I primi step della GO: aree di attività e di risultato

Una volta costruita “la squadra”, il referente si è dedicato in prima linea ai processi di revisione della programmazione e gestione delle sale operatorie e di revisione della logistica dei pazienti chirurgici. Per far questo si è fatto ricorso all'utilizzo di mix di leve e metodi che possono essere sintetizzati in: osservazione sul campo, riunioni sistematiche con i professionisti, potenziamento e innovazione dei sistemi informativi.

L'osservazione diretta e sistematica del funzionamento delle sale operatorie ha permesso di rilevare in modo inequivocabile delle criticità che sono state poi condivise con i professionisti e i coordinatori delle sale operatorie in un'ottica di miglioramento delle prassi e di sviluppo di indicatori da rilevare e monitorare (vedi Tabella 10.3). Entrare in sala ha inoltre avuto l'effetto positivo di “avvicinarsi” ai professionisti, diversamente da quanto può accadere se ci si basa esclusivamente su un lavoro analitico di tipo *desk*. Per la condivisione e discussione delle diagnosi organizzative e per indicare e implementare le azioni correttive è stato introdotto il meccanismo delle riunioni sistematiche (almeno una volta al mese). Tali riunioni hanno avuto anche come oggetto la revisione tattica (settimanale-mensile-trimestrale) della programmazione delle sale operatorie. In questo caso, sono state due le traiettorie di lavoro: la prima ha riguardato la revisione della programmazione degli slot in funzione della vo-

Tabella 10.3 **Obiettivi e indicatori di risultato nel primo anno di attività della GO**

	Dati 2017 o confronto 2016-2017
Numero interventi rinviati per mancanza posto letto in terapia intensiva post operatoria	Dal 20% al 5%
Nr interventi iso-risorse	+19%
Puntualità inizio seduta	90%
Ritardo medio inizio seduta	-20%
Tempi di cambio	-15%
Tasso saturazione sala operatoria	+15%
Durata sedute finite in ritardo (sforamenti)	Costante
Variazione lista d'attesa	Costante
Interventi rinviati o non eseguiti	Da 7% a 4%
Nr pazienti gestiti su processi trasversali o patologia (presa in carico pazienti acuti)	Nuova introduzione
Numero indisponibilità a 118	Da 30% a 10%
Orizzonte di programmazione operativa digitale della lista operatoria	Da giornaliero a settimanale

cazione dell'ASST verso l'alta specializzazione; la seconda ha riguardato l'utilizzo coordinato degli *asset* del San Gerardo e dell'Ospedale di Desio, con una prima costituzione di alcune *équipe* itineranti. Pur mantenendo un approccio "top down" nelle decisioni finali, le riunioni sistematiche sono state un modo per valutare, discutere e rivedere la programmazione tattica, attraverso gli input che provenivano dal CUP e dal monitoraggio del Controllo di Gestione. La sommatoria delle revisioni tattiche ha portato inevitabilmente e progressivamente a dei cambiamenti nell'allocazione "storica" degli slot con l'introduzione di un sistema dinamico e complesso di programmazione, basato su un cruscotto organico e tempestivo di indicatori sulla produzione. Tra gli altri, sono stati utilizzati indicatori quali la variazione della lista d'attesa, il peso medio unitario dei DRG, la puntualità di ingresso in sala, le ore di sfornamento sul programma, la saturazione della sale assegnate e l'indice di capacità produttiva. A ciascun fattore è stato associato un risultato, misurato con frequenza mensile, tramite il metodo della interpolazione lineare ponderata (al risultato più alto è associato il punteggio massimo ed al più basso zero, moltiplicato per un peso opportuno da zero a cento). Tale meccanismo ha permesso di indirizzare le scelte delle UU.OO. e di introdurre un modello competitivo fra le stesse. Il punteggio finale rappresenta un indicatore sintetico di performance aziendale che costituisce il driver per l'allocazione proporzionale degli *slot* di seduta operatoria ai reparti nei mesi successivi al rilevamento.

Nel sistema di pianificazione operativa la GO ha inoltre introdotto la definizione dei tempi per intervento, elaborati tramite tempi standard confrontati con i dati storici, comunque modificabili dal chirurgo in caso di particolari condizioni cliniche giustificabili.

Un progetto di cambiamento che ha invece "stravolto" in modo brusco le *operations* dei percorsi chirurgici è stato quello legato a una forte spinta all'implementazione e innovazione di nuovi sistemi informativi. Prima al San Gerardo e poi a Desio, è stato introdotto un sistema informativo di gestione delle sale operatorie in "real time" che prevede la visualizzazione in tempo reale di tutte le fasi e *setting* attraversate dal paziente chirurgico in ospedale: dall'entrata in reparto all'intervento, fino a rientro in reparto. Le fasi sono segnalate in modo molto puntuale e specifico per consentirne il monitoraggio e la presa visione da parte di tutti gli attori che devono intervenire nel percorso (es: paziente in reparto non pronto per intervento, paziente in reparto pronto per intervento, paziente in blocco). Anche la visualizzazione dei *setting* è molto dettagliata; ad esempio, è segnalato il numero della stanza e del letto, un'informazione importante per gli operatori addetti al trasporto dei pazienti, che riduce notevolmente i tempi di individuazione e trasporto pazienti ed evita ritardi di ingresso in sala (vedi Tabella 10.3).

Un altro percorso di implementazione dei sistemi informativi che, invece, dipende dalla collaborazione dei professionisti e che ha un percorso di sviluppo

più lento è quello della “dematerializzazione” dell’intero percorso chirurgico del paziente (dalla prima visita e anamnesi, all’inserimento nel pre-ricovero, fino all’inserimento in lista operatoria). A questo si lega la prossima sfida che è quella di passare dalla revisione degli *asset* chirurgici a quello della revisione della logistica dei pazienti chirurgici che prevede il potenziamento del modello organizzativo basato sui *process owner* aziendali. In questa direzione, la prima sperimentazione di diagnosi e riprogettazione organizzativa è stata fatta in senologia, chirurgia toracica, chirurgia vascolare, oto-neurochirurgia. In particolare, si sono utilizzati strumenti per la presa in carico dei cronici, applicati ai pazienti acuti, che necessitano di una risposta di cura tempestiva e di qualità. Il progetto ha previsto l’individuazione di processi ad alta specialità strategici per l’Azienda ed il territorio, ciascuno associato ad un *process owner*, che insieme alla struttura Gestione Operativa ha stimato i fabbisogni di risorse produttive (dalle ore di sala operatoria, ai posti letto, alle visite in pre ricovero) per disegnare linee di processo, dedicare le risorse e programmare le attività. Da febbraio 2018, data di avvio della sperimentazione, a giugno 2018, la ASST di Monza ha preso in carico 178 pazienti acuti, di cui 23 per aneurisma aorta ascendente, 89 per EVAR (endoprotesi aortiche per aneurisma), 43 per l’area della oto-neurochirurgia, 23 per la chirurgia toracica. La sperimentazione, considerata i risultati, sarà estesa ad altre linee di processo.

L’insieme delle progettualità avviate, concluse e in corso ha permesso alla Gestione Operativa di contribuire al miglioramento di alcuni indici di performance, che fanno parte del cruscotto di monitoraggio dell’azione della GO (Tabella 10.3). In particolare, la riduzione del numero di interventi rinviati, e del ritardo medio di inizio seduta e l’incremento della puntualità sono imputabili per la gran parte al sistema di programmazione tattica digitale della lista operatoria. Sul miglioramento dei tempi di cambio ha influito il sistema di monitoraggio in tempo reale della attività giornaliera e sulla riduzione del numero di indisponibilità al 118 il sistema di gestione e presa in carico digitale delle urgenze chirurgiche con calcolo automatico delle priorità e codice colore.

Fattori critici di successo e barriere

Il percorso di sviluppo della GO e l’introduzione dei richiamati cambiamenti è stato laborioso e ha subito delle naturali battute di arresto. Le dimensioni dell’ospedale, l’estesa rete di professionalità storiche, il legame istituzionale con l’Università, sono fattori che hanno reso particolarmente complesso il percorso della GO in azienda. Due dei percorsi più critici sono ancora in corso di implementazione: la costituzione di equipe itineranti tra il San Gerardo e Desio e la dematerializzazione dell’inserimento delle informazioni lungo il percorso longitudinale del paziente (inserimento elettronico in lista e compilazione del registro operatorio). Si tratta naturalmente di cambiamenti epocali che hanno bisogno un loro tempo di metabolizzazione e, soprattutto nel secondo caso, di

un potenziamento di sistemi informativi con interfacce sempre più facilitanti e *user friendly*.

In questo contesto, la volontà del direttore generale e la “delega” ferma alla GO rispetto a dei progetti strategici sono stati determinanti per il suo avvio e mantenimento. A questo si aggiunge uno spirito pragmatico e le capacità relazionali da parte del referente della funzione che ha favorito una progressiva legittimazione “dal basso”. Oggi, con tutte le difficoltà del caso, il referente della GO viene comunque percepito come un “risolutore” e un “facilitatore”. In sostanza un punto di riferimento per questioni organizzative, ma anche per contenziosi tra professionisti nella gestione delle risorse. Sempre rispetto alla legittimazione dal basso, è stato sottolineato come questa sia stata promossa anche attraverso l’assegnazione di obiettivi comuni (GO e Reparti) e ambiziosi (PNE Agenas e Network Sant’Anna), in un’ottica di confronto e competizione con gli altri grandi ospedali.

Un fattore critico di successo da cui dipenderà la sostenibilità della GO è strettamente legato alla capacità del referente della GO di conservare il ruolo di “braccio destro della direzione strategica” e allo stesso tempo essere “l’uomo che mette a posto le sale operatorie”. È inoltre fondamentale la coesione con le altre UU.OO. che sono state aggregate per costituire la funzione; il referente della GO è chiamato a far percepire la nuova funzione come una opportunità per innovare e valorizzare il contributo gestionale del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi (es: sulla base della diagnosi delle sale operatorie è stato formulato un nuovo cruscotto delle performance). Infine, è stato notato che i professionisti reclutati recentemente dall’estero o con esperienze di lavoro all’estero sono maggiormente propensi ad accogliere e a dialogare con la GO.

10.3.4 L’AUSL di Reggio Emilia

L’azienda

L’AUSL di Reggio Emilia insiste su tutto il territorio della Provincia di Reggio Emilia con oltre 535.000 residenti. A seguito dell’incorporazione per fusione dell’Azienda Ospedaliera “Arcispedale Santa Maria Nuova”, avvenuta il 1 luglio 2017, l’AUSL si è dotata di un nuovo atto aziendale e ha ridefinito la propria organizzazione prevedendo un presidio ospedaliero unico articolato su sei stabilimenti ospedalieri⁶:

- ▶ L’ospedale “Arcispedale S. Maria Nuova” (856 PL) situato a Reggio Emilia, polispecialistico, IRCCS per le tecnologie avanzate e i modelli assistenziali in oncologia;

⁶ Il modello organizzativo di riferimento per governare le relazioni fra i 6 stabilimenti è quello dell’*Hospital Network*, che integra il modello *hub & spoke* interconnettendo in rete tutti i nodi, ai quali attribuisce vocazioni distintive, e collocando il giusto paziente nel giusto setting.

- ▶ Cinque ospedali di medie e piccole dimensioni, collocati sul territorio e precisamente nei comuni di Castelnovo ne' Monti (95 PL), Guastalla (187 PL), Montecchio (119 PL), Scandiano (101 PL) e Correggio, a prevalente carattere riabilitativo ivi compresa la neuroriabilitazione.

Per ottimizzare tale *governance* è stata istituita, in line alla Direzione Sanitaria, una Direzione Provinciale di Presidio Ospedaliero.

L'AUSL di Reggio Emilia è stata pioniera nella definizione di soluzioni organizzative innovative per la propria rete ospedaliera, come l'esperienza di lungo corso sulle équipes mediche itineranti anche di carattere multidisciplinare (per approfondimenti si legga, su Rapporto OASI 2016, il contributo di Del Vecchio, Lega e Prenestini).

Inoltre, la rete territoriale si articola in sei distretti di committenza e garanzia e quattro dipartimenti territoriali provinciali (Cure Primarie, Farmaceutico, Sanità Pubblica, Salute Mentale e Dipendenze Patologiche).

La funzione Gestione Operativa

La costituzione della Struttura Operativa Complessa (SOC) “Gestione Operativa” è deliberata cinque mesi prima della data di unificazione tra l'AUSL e l'AO (Delibera 2017/0040). La Direzione Strategica Aziendale aveva ritenuto che, nel ripensamento dei modelli organizzativi di riferimento per renderli più coerenti con la nuova Azienda in costruzione, fosse necessario costituire – dal 1 marzo 2017 – la SOC GO in staff alla Direzione Sanitaria fino alla fusione delle due Aziende Sanitarie della Provincia di Reggio Emilia e, successivamente, in *line* alla Direzione Provinciale di Presidio Ospedaliero (DPPO). Gli obiettivi fondamentali che sono stati assegnati alla GO sono riportati in delibera:

- ▶ analisi delle attività delle piattaforme produttive (blocchi operatori, posti letto intensivi, sub-intensivi, ordinari), sia in regime di urgenza che nell'ambito dell'attività programmata;
- ▶ collaborazione alla predisposizione dei supporti informatici ed amministrativi necessari alla conduzione delle attività della Struttura;
- ▶ definizione dei modelli organizzativi delle piattaforme produttive atti a *garantire* il puntuale rispetto dello scorrimento delle liste d'attesa secondo i criteri di priorità definiti dalla legislazione nazionale, regionale e dal progetto SIGLA⁷, nonché l'adeguatezza e la tempestività della risposta in regime di emergenza-urgenza;

⁷ Si tratta del progetto “Sistema Integrato di Gestione delle Liste d'Attesa” (SIGLA), promosso dalla Regione Emilia Romagna con l'obiettivo di costruire un supporto informativo e informatizzato per la gestione delle liste d'attesa e consentire il monitoraggio dei tempi d'attesa a partire dai dati analitici delle posizioni in lista attive in ciascuna Azienda.

- programmazione delle attività, raccolta dei dati, monitoraggio dei n. 8 blocchi operatori della Provincia di Reggio Emilia, avvalendosi di un cruscotto provinciale su tutta la filiera dell'offerta.

Con l'istituzione della GO, il Direttore Generale mirava a gestire e programmare in modo unitario le piattaforme di *asset* produttivi (in particolare Sale Operatorie) trasversali ai diversi ospedali del presidio ospedaliero provinciale, così da superare l'autoreferenzialità delle singole strutture; inoltre, l'individuazione di un funzione di GO, in cui far convergere le necessarie competenze cliniche e organizzative, doveva contribuire a superare il modello organizzativo tradizionale che prevedeva la titolarità degli *asset* produttivi in capo ai professionisti delle singole discipline, e l'attribuzione delle sedute operatorie su base storica, senza tenere in considerazione, quindi, il dimensionamento delle liste d'attesa.

Ad oggi, le funzioni principali della GO sono quelle di programmazione e gestione degli *asset* produttivi rappresentati dalle Sale Operatorie e di riprogettazione dei percorsi fisico-logistici dei pazienti chirurgici dei sei ospedali della rete. Il team ha centralizzato la gestione dei Blocchi Operatori e dei progetti di miglioramento organizzativo e logistico; in ogni caso, è prevista una concertazione di massima delle soluzioni organizzative e logistiche ipotizzate.

Il Direttore dell'UOC di GO è un medico di organizzazione, con esperienza di *operations management* maturata sia attraverso corsi di formazione e laboratori di *benchmarking* sui temi della logistica del paziente, sia dalla direzione di progetti specifici presso Aziende Ospedaliere e AUSL. Il team del Direttore della GO è multidisciplinare e si compone di diverse figure specializzate: i) il responsabile delle strategie di ottimizzazione dei flussi dei pazienti e della gestione per processi (*flow manager*), con background infermieristico; ii) un ingegnere gestionale, che lavora su tutti i progetti della SOC, con prevalente funzione di *data management*; iii) la responsabile del Servizio Pre-ricovero, con background amministrativo, che gestisce a sua volta un team di 8 persone composto da personale del comparto amministrativo e collabora con il personale sanitario (infermieri case manager e di anestesia). Per tutto il personale coinvolto sono stati previsti percorsi di formazione specifica nelle aree tematiche oggetto del loro incarico.

Fondamentale per la GO, stante l'elevato numero di UU.OO. collocate nei diversi ospedali, è il rapporto con i Direttori Medici e con i Responsabili infermieristici di ciascuno degli ospedali della rete. Inoltre, il team di GO si interfaccia quotidianamente con i *case manager* distribuiti nei diversi ospedali, gli infermieri con competenze specifiche in ambito anestesiológico (che si occupano del pre-ricovero), i coordinatori di Sala Operatoria e i clinici delle diverse UO. Infine, ha strette interrelazioni con le UU.OO. Governo Clinico e Sistemi Informativi.

Gli obiettivi di risultato della GO discendono dalla Direzione Generale e coincidono con quelli assegnati a quest'ultima dalla RER, per gli ambiti di competenza della GO.

Aree di attività della Gestione Operativa

La prima linea d'intervento in capo alla GO dal momento della sua istituzione deriva da indicazioni regionali⁸ riprese e dettagliate dalla Delibera di Giunta 272/2017 che ha per oggetto la "Riduzione delle liste d'attesa per i ricoveri chirurgici programmati in Regione Emilia Romagna". Tale Delibera individua i tempi d'attesa massimi per interventi chirurgici relativi a patologie neoplastiche, artroprotesi d'anca e prestazioni oggetto di monitoraggio nazionale⁹ in base alle specifiche classi di priorità per caso (A: 30 giorni; B: 60 giorni; C: 180 giorni; D: 12 mesi; previste dall'accordo Stato-Regioni del 11 luglio 2002). Gli indicatori di riferimento della Regione Emilia Romagna (RER) sono i seguenti:

- a) patologie neoplastiche: 90% dei casi entro 30gg;
- b) protesi d'anca: 90% dei casi entro 180 gg;
- c) per tutte le altre prestazioni oggetto di monitoraggio: 90% dei casi entro i tempi indicati per le relative classi di priorità.

Dati questi obiettivi e target, la GO si è mossa con un processo articolato su più fasi.

La prima fase è consistita nell'analizzare le liste d'attesa ed effettuare l'operazione di pulizia delle stesse. Tra i problemi identificati nell'analisi ve ne sono almeno tre che hanno compromesso in modo rilevante la correttezza delle liste d'attesa chirurgiche: a) i chirurghi spesso inserivano in lista d'attesa pazienti che non avevano completato la stadiazione e che, pertanto, non potevano essere operati; b) le liste erano aperte oltre i 12/18 mesi – anche in conseguenza del punto a) – andando a superare automaticamente i limiti delle classi di priorità; c) le liste non venivano sistematicamente analizzate e mantenute, perciò all'interno delle stesse erano ancora presenti pazienti già deceduti o che avevano già effettuato l'intervento in altre sedi o che rifiutavano l'intervento.

Il processo di pulizia delle liste, avvenuto tramite *recall* dei pazienti, ha previsto la definizione di un gruppo dedicato di operatori formati (corrispondente al team del pre-ricovero). È stata, pertanto, predisposta una procedura per l'effettuazione delle telefonate allo scopo di verificare la volontà dei pazienti di rimanere in lista d'attesa e l'interesse/disponibilità ad accettare una sede alter-

⁸ Delibera di programmazione e di finanziamento del 2016 (DGR 1003/2016).

⁹ Regime di ricovero diurno: chemioterapia; coronarografia; biopsia percutanea del fegato; emorroidectomia; riparazione di ernia inguinale. Regime di ricovero ordinario: by pass aortocoronarico; angioplastica carotidea; endoarterectomia carotidea; tonsillectomia.

nativa all'interno dello stesso Presidio Ospedaliero Provinciale. La risposta del paziente configurava tre scenari: i) conferma della volontà di rimanere in lista nella sede prescelta (a prescindere dei tempi di attesa)¹⁰; ii) cancellazione dalla lista in caso di rifiuto o di intervento già effettuato in altra sede; iii) sospensione dalla lista dei pazienti che, per esigenze di carattere personale, decidevano di posticipare l'intervento. Tale lavoro, estremamente impegnativo data la mole di pazienti in lista d'attesa, ha consentito di disporre di liste aggiornate sulle quali poter avviare la programmazione delle attività.

Contestualmente sono state elaborate una procedura e un'informativa per il paziente concernenti le istruzioni e le regole per rimanere in lista¹¹. Oggi le liste d'attesa presentano tre categorie: "in attesa" (paziente che deve essere ancora visitato dall'anestesista), "in sospeso" (per volontà del paziente o per decisione medica, ad es. paziente che deve effettuare terapie o altri interventi prioritari rispetto a quello programmato) e "chiamato" (paziente pronto per l'intervento); in prospettiva, in conformità alle indicazioni regionali, la stadiazione/studio pre-operatorio del paziente verrà effettuato in regime ambulatoriale (Day Service), ciò permetterà di inserire nelle liste d'attesa solo i pazienti che hanno indicazione chirurgica certa.

La seconda fase, realizzata in collaborazione con i clinici, ha uniformato l'attribuzione delle classi di priorità per gli interventi chirurgici, tenendo in considerazione i dati della letteratura scientifica. Nelle more di indicazioni – successivamente deliberate – della RER, la GO ha definito le seguenti modalità di lavoro:

- i. predisposizione di tavoli di lavoro con i clinici per la definizione¹² delle classi di priorità degli interventi e sensibilizzazione¹³ degli stessi sulla corretta codifica;

¹⁰ In tal caso, se il tempo d'attesa nella sede prescelta è maggiore rispetto a quello della sede alternativa offerta, il calcolo del tempo di attesa (anche sulla base delle istruzioni operative regionali) non tiene in considerazione l'intervallo intercorrente fra la data prevista per la sede più rapidamente accessibile e quella scelta dal paziente.

¹¹ Ad es. dopo 2 chiamate per presentazione al pre-ricovero senza risposta, viene inviata una raccomandata per comunicare la successiva cancellazione del paziente dalla lista; qualora il paziente, senza avvisare, non si presenti alla visita anestesiológica del pre-ricovero, viene depennato dalla lista.

¹² L'AUSL di Reggio Emilia ha definito che a tutti i tumori maligni e gli interventi sull'aorta addominale deve essere attribuito il codice A (max 30 giorni di attesa). Solo per il tumore alla prostata è possibile prevedere un codice di priorità differente in conformità alle linee guida europee e tenendo conto di parametri clinico-strumentali (es. PSA). Per taluni tumori a bassa malignità (ad es. carcinoma in situ della mammella e alcuni tumori della tiroide) è anche possibile avere un codice diverso dalla A. Successivamente la RER ha dato indicazioni sui codici di priorità, predisponendo un elenco di attribuzione del codice sulla base dei dati storici.

¹³ Una delle questioni emerse dall'analisi delle classi di priorità è la tendenza dei clinici, indipendentemente dalla tipologia di intervento e dal grado di gravità e urgenza, di inserire quest'ultimo in fascia A o B per accelerare il tempo d'attesa.

- ii. definizione di una scheda di proposta di intervento unica per tutte le UO chirurgiche e informatizzata;
- iii. controllo quotidiano da parte del team di GO di ogni scheda di proposta all'intervento per verificare la corretta attribuzione del codice di priorità; eventuali modifiche del codice di priorità sono possibili ma devono essere motivate in subordine alle condizioni del paziente e/o all'evoluzione della patologia.

Sulla base di queste indicazioni concertate con i clinici, è stata effettuata una revisione storica dei codici, riposizionando con il codice di priorità adeguato quelli erroneamente attribuiti (ad es. l'attribuzione di codici A non pertinenti non permetteva ai pazienti con patologia neoplastica di effettuare l'intervento in tempi adeguati).

La terza fase si è concentrata sulla programmazione delle sedute operatorie per garantire i tempi di attesa previsti dal codice di priorità, orientando così le casistiche da trattare; questo è stato possibile anche garantendo slot aggiuntivi di sala operatoria ai professionisti e definendo, per alcune procedure ad alta frequenza, il numero di interventi per seduta.

Una volta superata questa fase di "gestione straordinaria" delle liste d'attesa si è definito, su base settimanale, quante procedure ad alta frequenza (ad es. artroprotesi, chirurgia di parete, colecistectomie, chirurgia flebologica) è necessario che ciascuna UO effettui settimanalmente per evitare il superamento dei tempi massimi di attesa.

Infine, oggi il pre-ricovero risponde a logiche *pull* (ossia il paziente viene chiamato per effettuare la valutazione anestesiológica solo in prossimità della data in cui sarà operato). Periodicamente viene convocato un incontro con gli infermieri e i case manager che comunicano – una volta effettuato il pre-ricovero e terminato l'iter anestesiológico – quali pazienti possono effettivamente essere operati.

Una seconda linea di intervento riguarda la programmazione delle sedute di sala operatoria, che oggi viene decisa sulla base delle liste d'attesa "reali" delle diverse UO. Le liste operatorie vengono inviate dai professionisti alla GO entro il giovedì della settimana precedente e, nella stessa giornata, viene controllata e definita l'assegnazione delle sedute operatorie. Uno dei prossimi progetti della GO sarà quello di definire uno standard di nota operatoria che riporti tutte le informazioni necessarie per una corretta programmazione delle sale (ad es. composizione équipe, tempi totali e tempi chirurgici, *devices*, ecc.). Per quanto riguarda i tempi chirurgici, la GO sta producendo delle analisi statistiche per le procedure chirurgiche più frequenti (anche sui singoli operatori) in modo da poter programmare l'utilizzo delle sedute operatorie anche in funzione dei tempi tecnici del chirurgo che effettivamente sarà chiamato ad effettuare la procedura.

La terza linea di intervento è stata la separazione dei percorsi chirurgici tra emergenza/urgenza ed elezione. Dal punto di vista strutturale, sulla base dello studio dei dati relativi all'emergenza/urgenza presso i diversi ospedali della rete, si è stabilito che:

- a) nell'ospedale di Reggio Emilia, una sala operatoria e un'équipe chirurgica siano interamente dedicate all'emergenza/urgenza (precedentemente erano due sale e due équipe); le urgenze differibili siano trattate in sedute straordinarie, la cui consistenza è risultato di un'analisi della media settimanale di procedure urgenti e dei tempi necessari;
- b) negli altri tre ospedali dotati di punto nascita, una sala è dedicata alle emergenze ostetriche, senza personale specificamente assegnato ma recuperabile dalle altre sale.

Infine, per garantire la corretta gestione delle emergenze/urgenze, la GO ha predisposto un'istruzione operativa che definisce i criteri di emergenza/urgenza per le diverse tipologie di intervento chirurgico: i) emergenza, da operare entro 30 minuti ovvero nel più breve tempo possibile (codice rosso); ii) urgenza, da operare entro 6-12 ore (codice arancione); iii) urgenza differibile, da operare entro la settimana (codice giallo). In quest'ultimo caso si distingue tra procedure che richiedono il ricovero (ad es. frattura di femore) oppure in cui si chiede al paziente di accedere da *outpatient* (ad es. frattura di polso)¹⁴. Le condizioni cliniche del paziente vengono valutate con due parametri: ATLS (*Advanced Trauma Life Support*) e NEWS (*National Early Warning Score*).

I professionisti inseriscono il paziente nelle sale operatorie dedicate all'emergenza/urgenza con l'indicazione del codice colore. Se non c'è un accordo sui pazienti da portare in sala emergenza/urgenza, la decisione finale viene presa dall'anestesista. Inoltre, i codici sono controllati ex post da parte della GO: se sistematicamente non si riscontra correlazione tra codice di emergenza/urgenza e problematica del paziente, si riduce il numero di sale operatorie programmate delle UO che non abbiano rispettato le procedure stabilite.

Attraverso queste linee di azione sono stati raggiunti in 18 mesi di attività i risultati che si erano prospettati per il triennio. In questa sede se ne riportano due tra i più rilevanti: a) l'aumento generalizzato del numero di procedure monitorate dalla RER nell'anno 2017 e il mantenimento, in proiezione, nel 2018 (Tabella 10.4), dati che dimostrano l'attenzione alla programmazione della produzione e un efficientamento nell'utilizzo delle sale operatorie; b) le percentuali di procedure che rispettano le classi di priorità, che dimostrano un sensibile aumento nel 2017 e nei primi 5 mesi del 2018 (Figura 10.4): la quasi

¹⁴ Queste ultime rientrano in lista d'attesa in classe A, ma verrà definita una metodologia diversa, che esuli dalle classi standard di priorità.

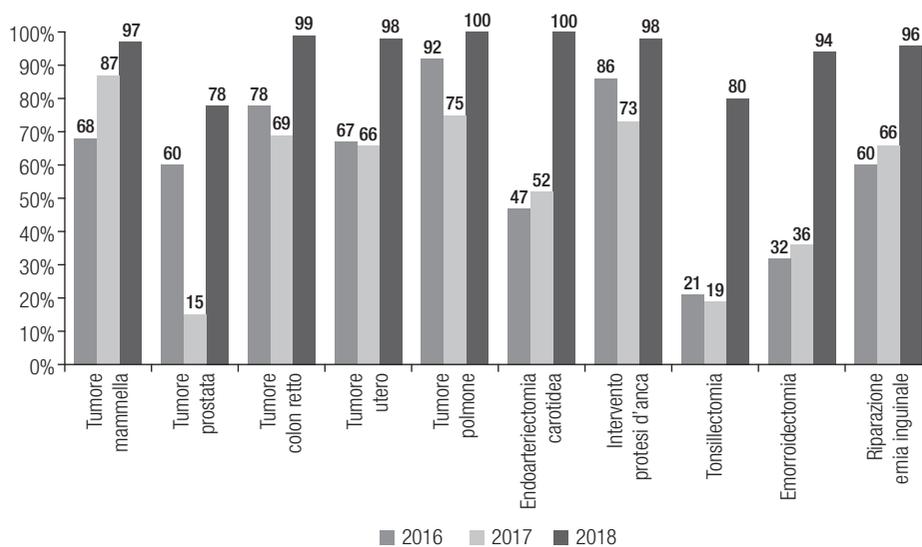
Tabella 10.4 **Numero di procedure effettuate sugli interventi monitorati da RER (2016-2017 – primi 6 mesi del 2018 – proiezioni 2018): dati AUSL senza privato accreditato**

	2016	2017	2018 (6 mesi)	2018 (proiezione anno)
Tumore mammella	538	571	342	562
Tumore prostata	88	101	74	122
Tumore colon retto	223	235	106	174
Tumore utero	79	71	59	97
Tm polmone	91	91	36	59
Endoarteriectomia carotidea	105	83	34	56
Protesi anca	371	396	236	388
Tonsillectomia	104	104	59	97
Emorroidectomia	147	196	110	181
Riparazione ernia inguinale	1108	1323	697	1145

Nota: I dati regionali includono anche il privato accreditato.

Fonte: Dati GO AUSL di Reggio Emilia

Figura 10.5 **Percentuale di procedure che rispettano le classi di priorità per intervento (2016-2017-primi 5 mesi del 2018)**



Fonte: Dati GO AUSL di Reggio Emilia

totalità degli interventi riportati viene effettuata nei tempi previsti dal relativo codice di priorità in misura percentuale superiore al 90%, ad eccezione delle Prostatectomie (che la AUSL ha deciso di effettuare anche con codice B o C) e delle Tonsillectomie, comunque in consistente aumento. Ciò si deve anche a un miglioramento dell'appropriatezza delle codifiche.

La programmazione futura prevede, in primo luogo, di estendere il lavoro sulla corretta applicazione dei codici di priorità ad altre prestazioni chirurgiche chiave; attualmente la GO ha concentrato l'attenzione sulle patologie da monitorare (che corrispondono al 20% della produzione totale).

In secondo luogo, nell'ottica di costruire un'efficace rete per le patologie chirurgiche, la GO sta contribuendo a costruire i cataloghi delle prestazioni (basate sulla casistica prevalente dell'AUSL) che possono essere eseguite in diversi stabilimenti della rete aziendale, in relazione alle caratteristiche cliniche e organizzative delle UO e mantenendo la sicurezza per i pazienti; ciò richiede: i) un'analisi della letteratura scientifica sulle condizioni organizzativo-logistiche per poter erogare alcune specifiche prestazioni in condizioni di sicurezza (ad es. presenza o meno della terapia intensiva); ii) un'analisi dei dati di degenza media e di produzione; iii) un'analisi della presenza delle competenze cliniche presso i siti ospedalieri, potenziando il modello aziendale delle *équipe* itineranti. A settembre 2018 saranno trasferite negli altri ospedali della rete ulteriori casistiche, quali, ad esempio: chirurgia ricostruttiva della mammella, chirurgia di parete, chirurgia flebologica.

Infine, la GO darà seguito a un progetto di ottimizzazione del percorso di Day Service per il *grading* chirurgico.

Fattori critici di successo e barriere

La GO è riuscita a raggiungere tutti gli obiettivi prefissati soprattutto grazie al mandato fiduciario e al forte *commitment* del Direttore Generale.

Inoltre, tra i principali fattori critici di successo vi è anche la composizione del team: multidisciplinare (per poter garantire diverse visioni e approcci al problema *operations*) e con un forte riferimento medico/sanitario nel Direttore della struttura; ciò non significa che il responsabile della GO debba essere necessariamente un medico, ma che sia indispensabile che i contenuti sanitari vengano pienamente presidiati all'interno del team.

In una fase iniziale, le modifiche apportate alla programmazione delle sedute operatorie hanno richiesto un approccio *top down* (favorito, peraltro, dalla coerenza degli obiettivi assegnati dalla Regione Emilia Romagna sul contenimento dei tempi di attesa e supportato dalla Direzione Sanitaria aziendale e dalla Direzione di Presidio). Affinché, poi, tale approccio possa evolvere verso un modello più partecipativo e stabile nel tempo, occorre che il Direttore della GO e i professionisti coinvolti, oltre ad una specifica competenza negli ambiti loro assegnati, dimostrino di possedere doti di *leadership*, che si concretizzino nella

ricerca costante della collaborazione di tutti gli attori, unitamente ad attitudine decisionale e capacità di assumersi responsabilità.

Analogamente, è necessaria una piena collaborazione con la Direzione assistenziale e la direzione medica dei singoli ospedali.

Tra le principali barriere che la GO ha incontrato nel percorso vi sono stati:

- i. La mancanza (ora in fase di superamento) di applicativi e gestionali informatizzati dedicati al percorso chirurgico, su cui far convergere tutte le informazioni necessarie alla programmazione delle attività e alla loro valutazione in termini di efficienza e di qualità;
- ii. la difficoltà intrinseca nell'introduzione di modelli innovativi nell'organizzazione;
- iii. la persistenza di abitudini consolidate nella pratica clinica dei professionisti, non sempre allineate alle più recenti evidenze scientifiche;
- iv. la cultura dei cittadini disallineata rispetto al nuovo modello organizzativo (alcuni pazienti rifiutano a priori sedi alternative a quella scelta inizialmente, anche laddove l'organizzazione garantisca la presenza in sala operatoria della stessa équipe);
- v. trattandosi di una funzione introdotta nella fase di incorporazione dell'Azienda Ospedaliera nell'AUSL, si sono incontrate alcune difficoltà dovute al disallineamento dei modelli organizzativi già in essere.

10.4 Confronto sinottico e discussione dei casi

Il contributo si è posto l'obiettivo di analizzare come le nuove funzioni di GO delle ASP si stiano strutturando e quali attività stiano conducendo per raggiungere la *mission* che l'azienda ha attribuito alla funzione stessa. Dall'analisi dei casi aziendali emerge innanzitutto come le funzioni di GO nascano da un'esigenza comune: passare da una programmazione e gestione frammentata delle "combinazioni caratteristiche" a una visione più centralizzata e integrata. Si tratta di una transizione finalizzata a raggiungere i seguenti obiettivi: massimizzare l'utilizzo degli *asset*, sviluppare e potenziare la gestione per percorsi, avvicinare la gestione alla strategia. Tutti cambiamenti strutturali che hanno visto nella figura del DG il principale promotore, agevolato da un contesto regionale molto favorevole. Nelle ASST lombarde, le indicazioni regionali per i POAS sono state un'importante opportunità per formalizzare la GO negli assetti organizzativi. Nel caso di Reggio Emilia, sebbene non ci fosse un esplicito richiamo alle funzioni di Gestione Operativa da parte della RER, gli obiettivi regionali imposti hanno fornito quella pressione istituzionale utile per poter «giustificare» agilmente importanti cambiamenti organizzativi.

La Tabella 10.5 riporta un quadro sinottico di confronto tra i casi: accomunate da una stessa *mission* generale, le funzioni di GO presentano alcuni tratti distintivi simili. In primis, l'oggetto principale di lavoro e il tipo di responsabilizzazione. Le funzioni di GO analizzate sono, infatti, tutte responsabili della programmazione e gestione degli *asset* produttivi. Forniscono, inoltre, supporto alla gestione quotidiana degli *asset* alle figure di coordinamento degli stessi (ad es. coordinatori pre-ricovero, coordinatori blocco operatorio, bed manager). Infine, forniscono supporto metodologico e di *project management* per progetti di ottimizzazione della logistica di pazienti.

Laddove, come nel caso delle ASST di Bergamo Ovest e di Monza, la GO ha incluso delle pregresse unità operative semplici o funzioni, la sfera di responsabilità si è ampliata ulteriormente, ma sempre con una correlazione all'attività di gestione delle unità produttive e dei processi. Si tratta ad esempio, della funzione di Accreditamento e Qualità nel primo caso, e delle funzioni di Controllo di Gestione e Sistemi Informativi nel secondo.

Un altro aspetto tendenzialmente in comune è il loro percorso di «start-up». Trattandosi di Aziende che comprendono diverse strutture ospedaliere, l'impegno dei primi anni si è concentrato sull'ambito chirurgico, con una focalizzazione sulle sale operatorie. La scelta delle sale operatorie come punto di partenza è stata in qualche modo obbligata in quanto rappresentano l'unità produttiva leader del percorso chirurgico e allo stesso tempo costituiscono un oggetto di lavoro dai perimetri chiari e definiti. Rispetto alle sale operatorie, sono stati implementati progetti di riconfigurazione della programmazione (accentramento delle responsabilità e revisione dei criteri), accompagnati da progetti di diagnosi della gestione a supporto dell'efficientamento. Sempre a potenziamento della programmazione, ma nella prospettiva della logistica del paziente chirurgico, i casi hanno perseguito la separazione dei percorsi in elezione e in emergenza/urgenza e portato avanti progetti di revisione e standardizzazione dei percorsi di pre-ricovero. Gli strumenti più utilizzati sono quelli «tradizionali» dell'OM: il *process mapping* (per l'analisi del ciclo della programmazione e per la fase di pre-ricovero), l'analisi statistica della casistica (variabilità casistica urgente vs programmata) e la rilevazione e analisi sistematica dei dati di sala operatoria (per definire standard e monitorare la gestione, ecc.). Spiccano i lavori molto impegnativi di analisi e pulizia delle liste chirurgiche portati avanti nelle ASST di Cremona e alla AUSL di Reggio Emilia, che hanno condotto a importanti risultati.

La fase di riprogettazione ha visto nell'informatizzazione una fondamentale leva di cambiamento. Per quanto concerne, ad esempio, il percorso chirurgico da una parte, la «dematerializzazione» e l'irrigidimento delle «maschere» di interfaccia dei *software* per la gestione delle sale operatorie ha permesso di bloccare, automatizzare e standardizzare, in tutto o in parte, a seconda dei casi, le procedure di programmazione (incluso il pre-ricovero); dall'altra, è stato in-

Tabella 10.5 **Quadro sinottico di comparazione dei casi**

	ASST Bergamo-Ovest		ASST Cremona		ASST Monza		AUSL Reggio Emilia	
Tipologia	UOC in staff alla Direzione Generale		UOS in staff alla Direzione Generale		UOC in staff alla Direzione Generale		UOC in line alla Direzione Provinciale del Presidio Ospedaliero	
Anno "di nascita"	2016		2017		2017		2017	
Figura responsabile	Ingegnere Biomedico (Interno)		Dirigente infermieristico (Interno)		Ingegnere Gestionale come referente (Interno) DG ad interim come responsabile		Dirigente Medico di Organizzazione (Esterno)	
Team in staff	<ul style="list-style-type: none"> – Coordinatore Centrale Operativa Programmazione Attività Chirurgica – Coordinatore Bed Manager – Coordinatore Servizi diagnostici e ambulatoriali, posizione non ancora attivata (Infermiere)		<ul style="list-style-type: none"> – Coordinatore Centrale Operativa Programmazione Attività Chirurgica – Coordinatore Bed Manager – Coordinatore Servizi diagnostici e ambulatoriali, posizione non ancora attivata (Infermiere)		<ul style="list-style-type: none"> – Flow Manager (Infermiere) – Ingegnere gestionale 			
Il team di GO	<ul style="list-style-type: none"> – UO Servizio Ingegneria Clinica – Funzione Sistema Qualità Aziendale – Funzione Rischio Clinico – Funzione Accreditamento Istituz. 		<ul style="list-style-type: none"> – UOS Sistemi Informativi Aziendali – UOS Controllo di Gestione – Funzione Programmazione Amb./CUP – Funzione Programmazione SO e PL 		<ul style="list-style-type: none"> – UOS Sistemi Informativi Aziendali – UOS Controllo di Gestione – Funzione Programmazione Amb./CUP – Funzione Programmazione SO e PL 		<ul style="list-style-type: none"> – Servizio Pre-ricovero (9 persone) 	
Oggetti e tipo di responsabilità di operations management	<ul style="list-style-type: none"> – Programmazione degli asset produttivi (SO, PL, ambulatori) – Supporto alla gestione quotidiana degli asset per le figure di coordinamento 		<ul style="list-style-type: none"> – Programmazione degli asset produttivi (SO, PL, ambulatori) – Supporto alla gestione quotidiana degli asset per le figure di coordinamento 		<ul style="list-style-type: none"> – Programmazione degli asset produttivi (SO, PL, ambulatori) – Supporto alla gestione quotidiana degli asset per le figure di coordinamento 		<ul style="list-style-type: none"> – Supporto metodologico e Project management per progetti di miglioramento della logistica dei pazienti 	

Tabella 10.5 (segue)

	ASST Bergamo-Ovest	ASST Cremona	ASST Monza	AUSL Reggio Emilia
I primi grandi progetti implementati o in corso di implementazione (fino a giugno 2018)	<p><i>Programmazione e ottimizzazione sale operatorie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Centralizzazione programmazione Definizione criteri per note operatorie Analisi tempi ed efficienza <p><i>Percorso chirurgico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Separazione percorso elezione e emergenza/urgenza Organizzazione pre-ricovero Creazione week surgery 	<p><i>Programmazione e ottimizzazione sale operatorie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Centralizzazione programmazione Definizione criteri per note operatorie Analisi tempi ed efficienza <p><i>Percorso chirurgico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Analisi e "pulizia" liste d'attesa Separazione percorso elezione e emergenza/urgenza Organizzazione pre-ricovero Creazione week surgery <p><i>Percorso medico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Gestione delle degenze da PS dimissioni protette 	<p><i>Programmazione e ottimizzazione sale operatorie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Centralizzazione programmazione Definizione criteri per note operatorie Analisi tempi ed efficienza <p><i>Percorso chirurgico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Introduzione di sistema informativo di monitoraggio "real time" logistica paziente in ospedale Progettazione percorsi con <i>process owner</i> chirurgico Distribuzione casistica chirurgica tra i 2 presidi 	<p><i>Programmazione e ottimizzazione sale operatorie</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Centralizzazione programmazione Definizione criteri per note operatorie Analisi tempi ed efficienza <p><i>Percorso chirurgico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Analisi e "pulizia" liste d'attesa Separazione percorso elezione e emergenza/urgenza Organizzazione pre-ricovero Distribuzione casistica chirurgica nella rete ospedaliera
Approccio e metodo di lavoro	<ul style="list-style-type: none"> Approccio top-down Gruppo di lavoro unico (UO sottoposte, DMPO, responsabile e coordinatore Blocco Operatorio) 	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivi e diagnosi top-down, revisione partecipata Gruppi di lavoro 	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivi e diagnosi top-down, revisione condivisa Gruppi di lavoro Riunione sistematica (1 al mese) con capi dipartimento 	<ul style="list-style-type: none"> Obiettivi e diagnosi top-down, condivisione con i professionisti Gruppi e tavoli di lavoro
Principali driver di successo e condizioni facilitanti	<ul style="list-style-type: none"> Commitment direzione generale Competenze e capacità responsabile Team di lavoro multidisciplinare 	<ul style="list-style-type: none"> Commitment direzione generale Competenze e capacità responsabile Team di lavoro specializzato Alleanza con Controllo Direzionale 	<ul style="list-style-type: none"> Commitment direzione generale Competenze e capacità responsabile Team di lavoro multidisciplinare Integrazione gerarchica di CdG e SI 	<ul style="list-style-type: none"> Commitment direzione generale Competenze e capacità responsabile Team di lavoro multidisciplinare Formazione continua al team

dispensabile l'utilizzo di sistemi informatizzati per il controllo dei tempi di sala operatoria per il monitoraggio dell'efficienza. All'ASST di Monza si è addirittura introdotto un sistema di monitoraggio *real time* del percorso del paziente in ospedale per ottimizzare il coordinamento tra gli operatori.

Infine, il Controllo di Gestione (coadiuvato dai SI) ha dovuto adeguare gli strumenti di rendicontazione alle nuove esigenze informative della GO, determinando un affinamento degli indicatori di monitoraggio, introducendone alcuni anche nel budget e rafforzando la cultura manageriale dei dati (sia in fase di rilevazione che di analisi).

I percorsi intrapresi dalle unità di GO sono stati affrontati attraverso un approccio prevalentemente «top-down». Il nucleo ristretto della GO, talvolta supportato da gruppi di lavoro selezionati tra i professionisti dell'azienda, ha svolto analisi, diagnosi e suggerito proposte di riprogettazione, condivise prima con la direzione e poi con il resto dell'azienda.

La forte similitudine in alcuni dei tratti principali e nell'identità delle funzioni di GO è sorprendente se si considerano le differenze strutturali delle aziende (dimensioni, vocazione più o meno specialistica, ecc) e i diversi percorsi di attivazione delle funzioni di Gestione Operativa, in particolare la configurazione del team e nella scelta dei responsabili. Questi ultimi presentano, ad esempio, background professionali e scientifici diversi tra loro: di stampo ingegneristico alla ASST di Bergamo-Ovest (ingegnere biomedico) e Monza (ingegnere gestionale), infermieristico alla ASST di Cremona e medico-organizzativo alla AUSL di Reggio Emilia. Più «giovani», come esperienza dirigenziale, nei primi casi, e «di esperienza» nel terzo e quarto. Interessante poi notare come nella AUSL di Reggio Emilia la figura responsabile sia stata scelta dall'esterno, mentre nei tre casi lombardi la figura è stata individuata all'interno dell'azienda. Questo è in linea con quanto osservato rispetto al fatto che le indicazioni del POAS siano state un'opportunità per formalizzare posizioni già di fatto a supporto delle *operations* aziendali.

Nonostante le somiglianze negli approcci e metodi al lavoro, si nota quindi un differente *imprinting* al percorso di sviluppo della funzione. A seconda del *background* scientifico e professionale, può essere maggiormente impiegata, ad esempio, una leva di riprogettazione (come nel caso dei SI alla ASST di Monza) o un metodo (come l'analisi sistematica della letteratura medico scientifica per la standardizzazione dei processi clinici alla AUSL di Reggio Emilia). La figura del responsabile può essere poi più o meno accomodante nello stile di direzione e più o meno a conoscenza delle problematiche storiche dell'azienda, a seconda della *seniority*, della personalità e dell'esperienza interna in azienda.

Dai casi emerge quindi con chiarezza l'importanza della costituzione di un team che vada proprio a integrare e a completare le caratteristiche del responsabile. Non è quindi un caso, ad esempio, che nella AUSL di Reggio Emilia, il team in staff alla GO sia composto da un infermiere con master manageriale, una ingegnere gestionale e una laureata in scienze dell'amministrazione pub-

blica. Anche nell'esempio della ASST di Cremona, sebbene il team sia tutto infermieristico, i percorsi di specializzazione e le esperienze professionali sono differenti. L'ASST di Monza e di Bergamo Ovest hanno fatto la scelta di non costituire la squadra *ex novo*, ma di costruirla per aggregazione di UO. Questo rende il percorso di «team-building» più complesso nel breve periodo, ma si tratta di un investimento di lungo periodo che rispecchia una visione «olistica» e pervasiva della Gestione Operativa nell'organizzazione.

Bisogna, infine, notare come proprio il connotato multidisciplinare del team sia emerso in tutti i casi quale potenziale driver di successo della Gestione Operativa, insieme a un forte *commitment* della direzione strategica aziendale e alle capacità e competenze (analitiche ma anche relazionali) del responsabile della GO.

10.5 Conclusioni

A distanza di quasi 15 anni da quando per la prima volta nelle aule di formazione in Bocconi (era il 2003) si parlò di gestione operativa, la ricognizione sulle recenti spinte regionali alla sua introduzione in diversi SSR e l'approfondita analisi dei casi aziendali permettono di affermare che ormai si tratta di una funzione riconosciuta e sempre più centrale nell'agenda del SSN e di tutte le aziende e strutture sanitarie.

A parere di chi scrive, la gestione operativa rappresenta oggi quello che è stato il controllo di gestione nella prima fase di aziendalizzazione.

Si tratta della funzione chiave della seconda fase dell'aziendalizzazione, che «rassicura» le direzioni: in azienda, c'è qualcuno che si occupa giornalmente di questioni di «efficientamento», di ottimizzazione della qualità di processo e perfino di innovazione paradigmatica. La GO è infatti sempre di più la tecnologia per la gestione in discontinuità di ospedale e cure primarie. Quella che assiste e supporta le scelte strategiche e operative per riconciliare le visioni desiderate (gestione per processi, per équipe, per trasversalità, per bisogni assistenziali, per presa in carico e cura della cronicità) con le regole di ingaggio dei professionisti (es. come si pianifica l'attività ambulatoriale, la gestione delle liste di attesa) e il funzionamento dei setting di produzione (l'allocazione degli ambulatori alle diverse specialità, le fasi del processo di visita ambulatoriale, la documentazione da produrre ecc.).

Anche se in forma ancora embrionale, nei casi analizzati emerge dunque questa centralità della GO. Al tempo stesso emergono anche una serie di interrogativi e di ulteriori prospettive di sviluppo, che qui di seguito proveremo a chiarire, per alimentare la riflessione ormai matura sulla funzione e dare un contributo alle direzioni aziendali che appaiono fortemente coinvolte nel processo di sua introduzione o consolidamento.

Gli interrogativi o, forse meglio ancora, i nodi decisionali sono i seguenti.

1. Pur riconoscendo l'assoluta importanza di una multidisciplinarietà nel team della GO, va ricordato che il background o l'esperienza di chi dirige la funzione potrebbe non essere indifferente rispetto al «taglio» che prenderanno le attenzioni e priorità di lavoro. Ingegneri, economisti, medici, infermieri hanno evidentemente chiavi di lettura diverse, «scatole degli attrezzi» più familiari, visioni differenti sul modo di approcciare un problema. La letteratura organizzativa ha ben messo in evidenza questo fenomeno con il nome di *competence trap*, cioè la trappola della competenza, la tendenza naturale a rileggere i problemi e cercare le soluzioni secondo il proprio sapere e punto di vista. La multidisciplinarietà smorza questa deriva, ma la conduzione della funzione, soprattutto quando ancora molto piccole e con relazioni molto verticalizzate tra dirigente e collaboratori, può subire questa influenza. Alla Direzione il compito di scegliere il profilo – quando può farlo ovviamente – più coerente con gli obiettivi dati alla GO in rapporto alle altre funzioni aziendali.
2. A chi afferisce la funzione? Questo sembra essere un secondo nodo. In diversi casi, come spesso accade per il controllo di gestione, i responsabili della GO riportano direttamente ai Direttori Generali, anche alla luce della strategicità che la GO assume nelle dinamiche aziendali. A parere di chi scrive, la funzione non può non essere una leva della Direzione Sanitaria, nella sua ricerca di un ruolo di direzione complessiva della produzione, in stretta collaborazione con la direzione delle professioni e evitando innesse duplicazioni e «guerre di territorio» sul controllo degli *asset* produttivi dell'azienda. Questo permetterebbe alle direzioni sanitarie (e a quelle delle professioni) di riflettere sulla loro organizzazione interna, tra area dedicata alle *operations* e area dedicata alla pianificazione e all'*engagement* dei professionisti. Similmente a quanto avviene sullo scenario internazionale dove si distingue spesso nelle direzioni l'area *operations management* da quella di *medical affairs*.
3. Altro nodo molto interessante sono le numerose opportunità di lavoro per la GO oltre i muri dell'ospedale. In questo senso occorre evitare una fossilizzazione, per altro comprensibile o guidata dai mandati regionali, sulle più classiche questioni di GO dell'ospedale. Che rimangono centrali e ottimi punti di partenza per affermare la rilevanza della funzione e consolidarne legittimazione e riconoscimento tra i professionisti (qualche *early wins* è necessaria in questo senso). Ma al tempo stesso non possiamo attendere altri 15 anni per vedere l'emergere di una GO robusta dedicata alle questioni più territoriali, dal funzionamento delle strutture intermedie, alla gestione degli ausili, dei trasporti, dei piani di lavoro delle attività ispettive e di vigilanza, ecc.

Per quanto riguarda invece le questioni “evoluzionistiche”, queste sono alcune delle riflessioni.

- ▶ A livello di contenuti, vi è in atto un cambio di approccio. Da una GO totalmente assorbita dall'efficientamento degli *asset* produttivi (dove il problema era quindi il “quando e che cosa” dovesse essere usato dai professionisti per produrre le prestazioni) ad una GO che accompagna i professionisti a costruire i percorsi da cui scaturisce la necessità di uso degli *asset* (dove la domanda di fondo è “per chi e come” vogliamo produrre prestazioni – e di quali «giunzioni e cerniere» abbiamo bisogno per lavorare in modo integrato, per equipe e linee di prodotto). Per arrivare ad una GO che supporta il lavoro più profondo di revisione della *clinical governance* sulla produzione (dove la domanda di fondo è “perchè proprio quella prestazione” e non un'altra?). In altre parole, la GO aiuta a far erogare nei tempi e luoghi giusti la prestazione, ma si pone anche il problema se quella prestazione serve o non serve in base ai volumi attesi e quindi come programmarne la capacità partendo non dallo storico ma dalle revisione dei percorsi, e infine pone sul tavolo la questione del perché proprio quella prestazione e non qualcosa di diverso in quel determinato percorso. In questa luce, traspare ancora meglio l'importanza della multidisciplinarietà del team di GO, ma anche l'importanza per il suo responsabile di costruire una visione di sviluppo strategico attorno a cui legittimare la funzione agli occhi dei clinici e professionisti, dal momento che «parla sempre di più la loro lingua».
- ▶ Collegato al punto precedente, la GO assume quindi una postura non tanto (o solo) di «torre di controllo» dei processi produttivi. Spesso si tratta di consulenza interna ai professionisti, per interventi concreti sul modello di servizio per erogare una determinata prestazione, attraverso una rivisitazione in profondità delle fasi secondo cui si sviluppa (accettazione, attesa, contatto, esecuzione, post-esecuzione, follow-up ecc.), secondo i metodi *value-based* e *lean* ormai diffusi anche in sanità.
- ▶ Inoltre, è interessante osservare come la GO, stante il suo oggetto di lavoro privilegiato, e cioè i processi-percorsi del paziente, può agire il fondamentale ruolo di integratore di funzioni che convergono e contribuiscono nel determinare la funzionalità ed esperienza del paziente: ad esempio la qualità, i sistemi informativi, la comunicazione e marketing. Riprogettate il modello di servizio di una prestazione o percorso è di fatto ripensare l'esperienza che si intende far vivere al paziente («cliente»), cosa che necessariamente richiede un contributo (allineato) di diverse competenze.

Infine, tre riflessioni finali, per i decisori istituzionali.

Primo. Appare evidente che serva un investimento di sistema e nelle singole aziende per sostenere lo sviluppo della GO. Dopo anni di blocco, e stante la carenza di medici che già c'è e che si prefigura all'orizzonte, vi è il rischio che senza una adeguata sponda istituzionale (come alcune regioni, vedi le recenti indicazioni normative di Toscana e Lombardia), o senza la possibilità delle di-

rezioni aziendali di fare investimenti mirati (oltre che ridestinare risorse interne già presenti), lo sviluppo della GO proceda con una velocità ben diversa da quella auspicabile per tenere il passo delle necessità ed innovazioni possibili nei processi produttivi. In questa prospettiva assume particolare rilevanza il tema-problema di come costruire capacità nelle regioni in difficoltà e con assunzioni bloccate (quelle in piano di rientro o comunque in uscita), che forse sono quelle dove vi sarebbe ancora più urgenza e necessità di una funzione strutturata di OM.

Secondo. Servono palestre formative e luoghi di costruzione di una comunità professionale, sia di livello executive, ma anche per la formazione pre-laurea. Per facilitare la diffusione delle esperienze, degli strumenti, delle soluzioni ed evitare di «re-inventare ogni volta l'acqua calda» per gestire gli stessi problemi e processi che si ripresentano in tutte le aziende sanitarie. Saranno necessarie come sempre delle precise contestualizzazioni, ma i modelli già esistono e diverse esperienze di successo ci sono.

Terzo ed ultimo. La letteratura manageriale da tempo ha messo in evidenza come vi sono due elementi che ricorrono nelle aziende ed imprese di successo, quelle che costantemente performano meglio della media del proprio settore (Lega, 2016): a) una disciplina di fondo nell'eseguire (la *execution*) la strategia, la programmazione e le decisioni operative. Disciplina cui presiede la GO; b) un continuo lavoro per «strutture parallele», fatte di team di progetto e di momenti di coordinamento. Di nuovo quasi sempre presieduti dalla GO. Driver e trigger fondamentali del cambiamento, e di quel fisiologico e naturale adattamento che le organizzazioni ricercano al mutare del contesto, delle condizioni interne e delle possibilità date dalla tecnologia. Se guardiamo oltre l'orizzonte a quanta innovazione di processo (coproduzione e co-creazione con i pazienti, famiglie e associazioni/terzo settore) e tecnologica (intelligenze artificiali, virtualizzazione, robotizzazione, nano-macchine ecc.) è sulla porta di ingresso della sanità, avremo certamente bisogno di molta disciplina nel decidere cosa adottare e nell'eseguire quanto deciso.

Bibliografia

- 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'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, Milano, Egea, pp. 327-364.
- Del Vecchio M., Lega F., Prenestini A. (2016), «La trasformazione delle unità operative: team multidisciplinari ed équipe itineranti» in CERGAS – Bocconi, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. Rapporto OASI 2016*, Milano, Egea.

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.

Fenech L., Lega F., Prenestini A. (2017), «Il grado di diffusione della funzione di gestione operativa nelle aziende sanitarie del SSN: un'analisi empirica» in CERGAS – Bocconi, *Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema Sanitario italiano. Rapporto OASI 2017*, Milano, Egea.