

# IL MODERNO MANAGEMENT SANITARIO DELL'OSPEDALE

# 8

Carlo Favaretti, Francesco Andrea Causio, Giovanni Maria Guarrera,  
Gianfranco Damiani

## Introduzione

L'assistenza ospedaliera, la prevenzione e l'assistenza sanitaria primaria costituiscono, nel nostro ordinamento, i tre macro Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Nell'immaginario collettivo l'ospedale è considerato spesso il LEA più importante, in funzione della sua struttura fisica visibile, la grande concentrazione di professionisti, la sua organizzazione su 24 ore per 365 giorni l'anno, e gli interessi economici e politici locali che muove. Tuttavia, la pandemia da SARS-CoV-2 e le problematiche relative alla continuità assistenziale nella cronicità hanno richiamato l'attenzione anche sugli altri due livelli assistenziali e suggerito di puntare ad una sempre maggiore integrazione dei tre macro livelli in coerenza con le direttive della World Health Organization (WHO) e lo spirito e la lettera della legislazione istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

In questo nuovo scenario dirigere l'ospedale attraverso moderni metodi di management è dunque una sfida stimolante per chi lavora nelle Direzioni sanitarie aziendali e nelle Unità operative complesse di Direzione medica di Presidio, e tale sfida coinvolge, di conseguenza, anche le unità operative cliniche, assistenziali, professionali e tecnico-amministrative che costituiscono la struttura ospedaliera nel suo complesso.

Il management ospedaliero riguarda quindi il funzionamento interno dell'ospedale, l'integrazione dei tre macro livelli di assistenza e la relazione dell'ospedale con la comunità servita in termini di qualità, sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, reputazione, protezione dell'ambiente, nonché di contributo allo sviluppo socio-economico della comunità stessa.

Nel corso dell'ultimo sessantennio il profilo istituzionale dell'ospedale e il profilo funzionale del Direttore sanitario sono stati profondamente modificati. Gli ospedali sono passati da IPAB (Istituti di Assistenza e Beneficenza) a Enti Ospedalieri regolati da una legislazione nazionale molto precisa (L. 132/1968), a Stabilimenti Ospedalieri (L. 833/1978) e successivamente ad Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie o Presidi ospedalieri all'interno di una Azienda Sanitaria Locale (ASL) (D.Lgs. 502/1992).

Anche il profilo professionale del Direttore sanitario è stato profondamente modificato. Il DPR 128/1969 aveva definito, con una chiara impostazione gerarchica, l'organizzazione interna degli ospedali. Le figure del Sovrintendente sanitario e del Direttore sanitario dovevano svolgere funzioni di direzione attiva; vigilanza e controllo; proposizione e promozione di modelli assistenziali innovativi; consulenza all'Amministrazione; coordinamento dei servizi sanitari; programmazione e verifica. Il profilo manageriale del Direttore sanitario era molto orientato alla soluzione di problemi, da una parte, e alla definizione di obiettivi, dall'altra. Il ruolo manageriale era orientato alle funzioni proprie di un organizzatore, decisore, programmatore, tattico, creatore di idee.

Con il D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni "la determinazione dei principi sull'organizzazione dei servizi" sanitari è stata affidata alle Regioni alle Province Autonome. Inoltre, spetta alle Aziende sanitarie, ospedaliere e ospedaliero-universitarie, definire la propria organizzazione e il proprio funzionamento attraverso un atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali. Questa legislazione prevede che il Direttore sanitario aziendale diriga i servizi sanitari ai

fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisca parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Le funzioni e i compiti del Dirigente medico responsabile del Presidio ospedaliero sono definiti nell'atto aziendale e nelle regolamentazioni interne. Alcuni atti aziendali hanno cercato di precisare tali funzioni generali, anche in una logica di coordinamento e integrazione di funzioni attribuite ad altri servizi sanitari e non. Se ne citano alcune a titolo esemplificativo: vigilare sull'implementazione, sulla corretta applicazione dei protocolli organizzativi e delle procedure in uso in ospedale; vigilare sull'igiene ambientale; collaborare alla valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni ambulatoriali e di ricovero; vigilare sulla turnistica del personale medico; assicurare la trasmissione delle denunce obbligatorie ed il rilascio delle certificazioni; vigilare sull'archivio sanitario ed assicurare gli adempimenti connessi alla normativa sulla protezione dei dati personali; assicurare l'attività di medico necroscopo e di polizia mortuaria; formulare le relazioni sanitarie per i progetti e per gli interventi di edilizia ospedaliera; collaborare allo sviluppo dei sistemi informativi aziendali; assicurare il tutoraggio del personale in formazione; garantire il ruolo di interfaccia con i Dipartimenti e con le Direzioni professionali e tecnico-amministrative; partecipare agli organismi ed ai gruppi di lavoro di competenza; collaborare alle attività di accreditamento e di gestione del rischio clinico; collaborare alle attività di *health technology assessment* dell'Azienda.

L'obiettivo del presente capitolo è quello di illustrare alcune competenze – costituite da conoscenze, abilità pratiche e atteggiamenti – che un moderno Direttore sanitario aziendale e un Dirigente medico di Presidio ospedaliero dovrebbero possedere per affrontare al meglio le principali sfide dell'organizzazione sanitaria del presente e del futuro, facendo leva sulle informazioni e i dati contenuti nella documentazione sanitaria e nei diversi database aziendali per orientare i processi decisionali. Tali sfide includono il coordinamento dei servizi interni all'ospedale, sanitari e non; la gestione per quanto di competenza di reti di servizi ospedalieri; la collaborazione con i Distretti socio-sanitari e i Dipartimenti di Prevenzione per il riorientamento dei servizi sanitari in chiave di assistenza sanitaria integrata e di continuità assistenziale; la collaborazione per la creazione e lo sviluppo di alleanze con altri settori della società impegnati nella promozione della salute. Al fine di orientare al meglio le azioni gestionali in cui vengono coinvolti i moderni medici di Direzione Sanitaria, vengono proposti alcuni strumenti pratici, come il *project management* ed il *framework Agile* per l'introduzione dell'innovazione nei contesti ospedalieri, mirati a sistematizzare i processi manageriali; vengono forniti strumenti e linee di indirizzo per la gestione dei partenariati, al fine di guidare quanti si trovino a gestire la transizione dell'ospedale da un'entità chiusa ad una sempre più integrata con la prevenzione e l'assistenza primaria; viene illustrato il ruolo del controllo di gestione nella gestione dei processi manageriali nella prospettiva del Direttore sanitario e del Dirigente medico di Presidio ospedaliero. Le logiche e gli strumenti proposti in questo capitolo mirano a consolidare il ruolo e le funzioni degli staff di Direzione Sanitaria e di Direzione medica di presidio ospedaliero secondo una prospettiva di *integrated governance* che, attraverso strumenti di *clinical governance*, assicuri la presa in carico dei pazienti e la personalizzazione dell'assistenza, nel rispetto dei vincoli programmatori ed economico-finanziari.

## Fondamenti di management

Il management è il complesso di attività e di processi per condurre una organizzazione al raggiungimento di obiettivi utilizzando al meglio le risorse umane, tecnologiche e finanziarie disponibili. Per le finalità di questa trattazione, si può considerare un'organizzazione come un aggregato di persone e di mezzi che ha obiettivi, responsabilità, autorità e relazioni stabiliti in modo ordinato, indipendentemente dalla dimensione, dall'ambito operativo, dalla struttura e dalla sua maturità organizzativa (quest'ultima da intendere come consolidamento della struttura organizzativa e dei servizi offerti).

La moderna medicina clinica e la sanità pubblica sono sistemi adattativi complessi, ovvero un aggregato di agenti individuali che hanno la libertà di agire in modi non sempre prevedibili e le cui azioni sono tra loro interconnesse (le azioni di un agente portano ad un cambiamento di contesto per gli altri agenti).

Ricoprire ruoli manageriali richiede un confronto costante con la complessità, che in assenza di un'organizzazione efficace può diventare caos. Il management ospedaliero, infatti, non può limitarsi alla gestione corrente delle attività ordinarie, ma deve fare propria l'attività della gestione dello sviluppo e dell'innovazione dei sistemi e dei processi, esercitando le funzioni di organizzazione e controllo, intrinsecamente correlate con l'indispensabile funzione di leadership. La pianificazione e la programmazione, il budget, il disegno organiz-

zativo, la gestione del personale, le logiche di gestione dei problemi e di organizzazione dei progetti, sono solo alcuni degli strumenti che vengono utilizzati dai manager per affrontare la complessità in ambito lavorativo, per trovare ordine nella complessità e ricavare dati e informazioni a supporto dei processi decisionali.

Le competenze del management e quelle della leadership sono complementari ma non necessariamente combacianti. Il manager lavora per la gestione operativa delle attività; il leader è importante per intraprendere un cambiamento e definire una direzione di marcia, orientando e motivando le persone in modo che siano in linea con la direzione intrapresa. Il leader è particolarmente importante nel creare organizzazioni dalle fondamenta o adattare al sopraggiungere di cambiamenti esterni, disegnando i confini del futuro, allineando le persone a una visione comune ed orientando gli sforzi alla realizzazione di un progetto condiviso. Essere capaci di operare come manager o come leader non è di per sé una garanzia di poter esercitare entrambe le funzioni. Un leader manager esercita le sue funzioni sia all'interno che all'esterno della sua organizzazione:

- all'interno, eseguendo tutte quelle attività volte all'esercizio del fare e del guidare (inteso come *to lead* e non *to drive*, ossia con un'azione attiva e coinvolgente del gruppo guidato, che non segue passivamente le indicazioni ma è parte integrante del processo del cambiamento);
- all'esterno, interfacciandosi e trattando con altri agenti dell'organizzazione di appartenenza e delle organizzazioni esterne, come portavoce degli interessi del proprio gruppo;
- in entrambe, svolge un ruolo "ponte" di gestione e di comunicazione.

Chi ricopre ruoli manageriali in un ospedale, perfettamente esemplificati dalla figura del Direttore sanitario o del Dirigente medico di Presidio ospedaliero, deve esercitare la propria leadership nel definire obiettivi e processi per raggiungerli, affinché le figure manageriali non appartenenti alla Direzione Sanitaria (Dirigenti medici, sanitari, tecnici e amministrativi; nonché professionisti in posizioni di coordinamento intermedio) possano operare secondo una logica di governance integrata.

Il tema della leadership viene affrontato più nel dettaglio in questo libro nel capitolo dedicato.

Per definire gli obiettivi di un ospedale, bisogna tenere conto del fatto che il sistema opera esercitando un'azione sanitaria, costituita dall'insieme di attività il cui intento primario è di conservare o migliorare la salute, rafforzando la capacità di risposta alle esigenze e aspettative legittime della popolazione e assicurando la sostenibilità finanziaria dell'operato (ovvero la capacità di operare senza sussidi o finanziamenti aggiuntivi esterni). In questo senso, è importante il concetto di assistenza sanitaria basata sul valore (*value-based healthcare*), trattata nel capitolo dedicato, in cui il valore su cui si fondano i processi decisionali in medicina è dato dal ritorno in termini di salute delle risorse investite in sanità, valutabile sia a livello di singola prestazione sanitaria che di intero percorso assistenziale.

Le attività esercitate nell'ospedale sono di natura complessa e anche il personale che vi opera è eterogeneo per attività e competenze: all'interno di un'organizzazione ospedaliera, la maggior parte della componente professionale ha un diploma di laurea in ambito sanitario o in discipline tecnico-amministrative; la sua dimensione può variare da alcune decine di lavoratori nei presidi ospedalieri più piccoli a migliaia nelle Aziende Ospedaliere e Ospedaliero-Universitarie, a cui si aggiungono molteplici portatori di interesse interni ed esterni all'organizzazione, accomunati per lo più dall'interesse nel buon funzionamento della stessa. Un ulteriore elemento di complessità è rappresentato dalla necessità di continuità operativa di alcuni servizi, disponibili 24 ore al giorno, sette giorni alla settimana e 365 giorni all'anno, come ad esempio il servizio di emergenza-urgenza.

Per gestire la complessità, è necessario avere un quadro completo del contesto in cui agisce, nonché la padronanza degli strumenti necessari a esplicitare gli elementi costituenti di un compito complesso, per elaborare piani di azione strutturati finalizzati alla loro risoluzione. Se per la seconda sono fondamentali gli strumenti di gestione dei progetti e dei programmi, affrontati dopo in questo capitolo, la prima parte richiede un monitoraggio costante delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie, finalizzato alla generazione di dati sanitari la cui analisi fornisca una base per il miglioramento continuo. È necessaria infatti la comprensione del ruolo della struttura nella rete di cui fa parte: un ospedale, infatti, potrebbe essere un Presidio ospedaliero di una ASL o un'Azienda Ospedaliera o Ospedaliero-Universitaria, o ancora una struttura del privato accreditato, con caratteristiche e obiettivi ben diversi, in relazione ai rapporti con le organizzazioni territoriali e la rete di ospedali di cui fa parte, incluse le reti cliniche (es. di emergenza, oncologica, trauma, stroke) e quelle della formazione universitaria e nella ricerca. In questa ottica, è importante la conoscenza dei documenti di programmazione prodotti a livello politico e di quelli prodotti da organizzazioni di cittadini, pazienti, professionisti e sindacati, per comprendere il ruolo strategico dell'azienda per definirne le politiche e le strategie, in

ottica di ciò che rappresenta attualmente nella rete di cui fa parte e di cosa ambisce a diventare. Gli obiettivi di un'organizzazione risultano dall'interazione delle direttrici politiche (piani sanitari regionali/provinciali e attività definite dalla Giunta competente), professionali (progetti di miglioramento delle attività cliniche e assistenziali), normative (adeguamento a parametri organizzativi e tecnici) e quelle derivanti dal completamento di progetti avviati negli anni precedenti. Il coinvolgimento delle associazioni di pazienti e cittadini per delineare le azioni da compiere (es. definizione di Percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali, PDTA, proposta d'acquisto di nuove tecnologie), per fissare obiettivi realistici, traducibili in azioni specifiche misurabili con indicatori qualitativi e quantitativi da sottoporre a monitoraggio periodico, al fine di verificare il loro raggiungimento e definire eventuali interventi correttivi in relazione agli scostamenti verificati. A questo fine, la definizione di progetti e programmi per implementare il cambiamento in ospedale si pone come uno strumento utile per il medico di Direzione sanitaria e il Direttore medico di Presidio ospedaliero, e vengono affrontati di seguito.

### **Controllo di Gestione (CdG) e processo di budget**

Il Controllo di Gestione (CdG) in una organizzazione ospedaliera/sanitaria costituisce una funzione strategica per supportare i processi decisionali a tutti i livelli organizzativi e promuovere il cambiamento nella direzione definita. Generalmente in staff alla Direzione Aziendale, presenta competenze e utilizza strumenti per analizzare, monitorare e valutare le performance della organizzazione per assicurarne il raggiungimento degli obiettivi a fronte di un ottimale utilizzo delle risorse assegnate. Costituisce altresì uno dei più importanti strumenti operativi della direzione ospedaliera per integrare le attività delle diverse strutture sanitarie, amministrative e tecniche, partecipando alla definizione e al monitoraggio degli obiettivi di budget e facilitando la scelta degli indicatori di risultato e la loro coerenza di sistema.

Le competenze richieste al personale operante nel CdG possono essere sinteticamente indicate come segue: conoscenza della organizzazione e del contesto istituzionale nella quale è inserita; conoscenza dei flussi informativi attivi e potenziali; capacità di interazione con i diversi livelli decisionali aziendali; conoscenza della mission e della vision aziendale; capacità di utilizzare strumenti di elaborazione dati e di business intelligence; conoscenze economico-finanziarie e di contabilità analitica.

Il livello delle competenze e degli strumenti utilizzabili dipende dalla complessità della organizzazione. Il CdG deve essere comunque in grado di partecipare attivamente alla stesura dei bilanci preventivi e consuntivi della azienda, di analizzare l'utilizzo delle risorse coinvolte nella produzione e cessione dei beni e servizi aziendali, di mettere in luce gli eventuali scostamenti fra risultati attesi e risultati raggiunti e di prospettare l'ottimizzazione nell'impiego delle risorse utilizzate.

### **Caratteristiche peculiari del CdG di una organizzazione ospedaliera/sanitaria**

Diversamente da altri comparti produttivi gli obiettivi dell'organizzazione ospedaliera e sanitaria non sono di tipo economico o finanziario, a parte quello dell'equilibrio di bilancio comunque previsto. Le competenze sopra elencate possono essere considerate competenze di base che devono essere fortemente integrate o declinate considerando che gli obiettivi delle aziende sanitarie e ospedaliere sono obiettivi di salute della comunità e dei singoli cittadini (aspettativa di vita, intervalli liberi da malattia o disabilità, tassi di guarigione o di sopravvivenza, ecc.) e il valore dei beni prodotti (visite mediche, indagini diagnostiche, ricoveri, screening, vaccinazioni, ecc.) non è quantificabile con il solo costo di produzione ma anche con la effettiva utilità delle prestazioni al superamento del problema di salute nel contesto di riferimento.

Analiticamente possiamo considerare per punti quanto segue:

- conoscenza della organizzazione e del contesto istituzionale nella quale è inserita: si tenga presente che una organizzazione ospedaliera è strutturata su diverse linee operative di tipo sanitario (le strutture di diagnosi, cura e riabilitazione e i servizi sanitari di supporto), di tipo amministrativo (risorse umane, approvvigionamenti, servizi generali, convenzioni, ecc.) e di tipo tecnico (servizi di ingegneria, servizi per informatica, ingegneria clinica, ecc.) che devono coerentemente orientare le proprie attività al raggiungimento di obiettivi che richiedono l'integrazione delle diverse componenti. Si pensi per esempio all'aumento di capacità diagnostica che può richiedere interventi sul personale, sulle apparecchiature, sul modello organizzativo, sull'integrazione del fascicolo sanitario elettronico (FSE), ecc., per le quali vanno previsti specifici obiettivi di performance nel processo di budget annuale. Va altresì considerato che possono essere

condotte valutazioni diverse nel caso di ospedali pubblici ovvero privati accreditati o ancora privati profit o non profit che, a parità di funzione, sono soggetti a meccanismi di finanziamento diversi;

- conoscenza dei flussi informativi attivi e potenziali: in una organizzazione ospedaliera sono generalmente attivi nell'ambito tecnico-amministrativo i flussi relativi alla gestione del personale dipendente e convenzionato (assunzione – cessazione – retribuzione – presenze-assenze – ruolo – incarico, ecc.); i flussi relativi alla gestione degli approvvigionamenti (fornitori – ordini – consegne - pagamenti e tempi di pagamento – tipologie di acquisizione – tipologie di beni e servizi, ecc.); i flussi della contabilità e del bilancio (tipologia delle entrate e delle uscite – accantonamenti – inventariazioni – bilanci economici e finanziari, ecc.) che ritroviamo in ogni azienda di medio-grandi dimensioni del settore pubblico o privato che produce beni e/o servizi e deve fornire i dati al consiglio di amministrazione o all'amministratore delegato. A questi si aggiungono i flussi di interesse primario per la direzione sanitaria e relativi ai dati che costituiscono debito informativo nei confronti dei livelli istituzionali (Assessorati e Ministeri) o dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) che sono attualmente più di trenta. Ricordiamo a titolo esemplificativo: il flusso SDO - Scheda di dimissione ospedaliera; flussi ISTAT-Interruzione Volontaria della Gravidanza e Aborto spontaneo; Matrone 6 – Tempi d'attesa monitoraggio ricoveri, tempi d'attesa ex art. 50 della legge 326/2003, prestazioni ambulatoriali, libera professione intramoenia, i flussi del 118 e del pronto soccorso, il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES) per gli eventi sentinella e i flussi alimentati per iniziative volontarie degli ospedali (per es. il Registro Italiano Artroprotesi RIAP). Premesso che in questo ambito la direzione sanitaria può svolgere un'importante attività di formazione verso i professionisti sanitari e il personale del CdG, la conoscenza di tali flussi in termini di contenuti e tracciato record consente al CdG di poter lavorare su una base dati continua, strutturata, condivisa da altri soggetti. Alcuni flussi (Farmaceutica, dispositivi medici) sono finalizzati al monitoraggio quali-quantitativo della spesa con confronti temporali e regionali; altri (SDO, certificati di assistenza al parto-CEDAP, certificati di morte) costituiscono la base per alimentare il Programma Nazionale Esiti-PNE finalizzato a supportare i programmi ospedalieri di audit clinico e organizzativo, altri ancora (Mobilità Sanitaria, Specialistica Ambulatoriale, Pronto Soccorso) integrano i flussi precedenti per il PNE e possono essere utilizzati da altri soggetti (Osservasalute, Centro per la ricerca economica in sanità CREA Sanità, Laboratorio Management e sanità S. Anna di Pisa) per valutazioni di efficacia dei servizi erogati e di efficienza comparata delle organizzazioni sanitarie aderenti al progetto. Tali database "secondari" possono costituire ulteriore elemento per facilitare, da parte della direzione sanitaria ospedaliera, l'adozione di indicatori e obiettivi di budget per le strutture, anche in ottica di identificazione di *best practice* (interne o esterne), avvio di processi di miglioramento continuo e facilitazione nella creazione di ambienti di apprendimento. Sono tutti elementi di particolare rilevanza e interesse per i professionisti sanitari.

Da ultimo ma non meno rilevante, su indirizzo e stimolo delle direzioni sanitarie, vi è la possibilità di collaborare con i professionisti ospedalieri nella costruzione e alimentazione di database dedicati alla analisi e monitoraggio di singoli percorsi clinici o specifici settori assistenziali anche nella prospettiva di futuri sviluppi del sistema informativo sanitario nazionale: indicatori di Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA), *antimicrobial stewardship* e monitoraggio delle antibiotico-resistenze, attività di rischio clinico e gestione del contenzioso sanitario, monitoraggio e gestione delle cadute, monitoraggio e gestione della lotta al dolore, monitoraggio e gestione delle infezioni ospedaliere, ecc.;

- capacità di interazione con i diversi livelli decisionali aziendali. Considerata la complessità organizzativa, l'organigramma di una struttura ospedaliera e la funzione di supporto alla direzione sanitaria, il CdG deve sapersi interfacciare con la direzione strategica e le direzioni delle Unità operative in tutte le fasi di sviluppo del processo di budget (analisi dei dati, elaborazione, restituzioni in forme personalizzate, monitoraggio, analisi di trend e di scenario, ecc.) e nelle periodiche analisi di monitoraggio per la adozione delle eventuali azioni correttive. Uno spazio ulteriore di interazione è costituito dai diversi gruppi di lavoro aziendali finalizzati a progettare nuovi servizi/funzioni o monitorare specifici settori assistenziali (infezioni correlata all'assistenza, dolore, PDTA, tecnologie, ecc.) per i quali la direzione sanitaria necessita di dati aggregati sull'utilizzo delle risorse, i risultati attesi, gli scenari possibili in ottica di produzione diretta o acquisto di prestazioni o servizi;
- conoscenza della missione e della visione aziendale: il sistema valoriale di una organizzazione ospedaliera è sicuramente più complesso di quello di una azienda che opera in altri settori poiché i beni e i servizi prodotti (*output* dell'azienda), ancorché definibili in termini di costi di produzione, costituiscono un

risultato *proxy* del vero risultato atteso (*outcome*), costituito dal guadagno di salute per la popolazione e per i pazienti serviti. Analogamente nel CdG deve essere presente la consapevolezza di operare in una organizzazione ospedaliera multiprofessionale fortemente orientata alla qualità dei servizi sanitari e all'innovazione tecnologica e attenta alle aspettative di una platea multiforme di soggetti interessati al buon funzionamento della stessa. Va infine ricordato che il tema della sostenibilità deve essere declinato non solo nella sua dimensione economica ma anche in quella tecnologica, professionale e ambientale che richiedono tutte indicatori di efficienza ed efficacia di pari rilevanza, in una visione di sistema quale quella propria delle direzioni sanitarie;

- capacità di utilizzare strumenti di elaborazione dati e di *business intelligence*: in relazione al tumultuoso sviluppo osservato in questo settore, il direttore sanitario deve richiedere al CdG di conoscere a fondo le potenzialità dei database aziendali che alimentano i diversi flussi informativi amministrativi e sanitari (in termini di informazioni presenti, formato dei tracciati record, valore delle variabili raccolte, ecc.), di saper estrarre da tali contenitori le informazioni necessarie per la stesura delle schede di budget, di aggregare informazioni da database diversi e di navigare nei report strutturati di agenzie nazionali ed internazionali (governative, universitarie, Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico - OCSE, WHO, ecc.). Le possibilità di analisi, elaborazione, simulazione, valutazione comparativa e approfondimento saranno facilitate dalla disponibilità di strumenti informatici di *Decision Support System* (DDS) e *Business Intelligence* (BI) in grado di produrre analisi, report, grafici, mappe da *data warehouse* sempre più voluminosi, nella prospettiva di scenari *Big Data*;
- conoscenze economico-finanziarie e di contabilità analitica: costituiscono il background formativo che gioco forza dovrà essere integrato con le conoscenze tipiche del direttore sanitario nei settori della epidemiologia (i fenomeni, le grandezze e gli indicatori per le analisi di costo-efficacia e di costo-beneficio dovranno essere prevalentemente riferite al mondo della salute), della statistica (per la necessità di elaborare volumi crescenti informazioni) e in ultima analisi della economia sanitaria (per le valutazioni di impatto delle scelte organizzative, delle prestazioni e dei servizi erogati sui livelli di salute della popolazione servita).

### *Attività del Controllo di Gestione in una azienda ospedaliera*

Possiamo considerare due ambiti principali nei quali il CdG esercita un ruolo specifico:

- il processo di budget;
- il governo della innovazione.

#### *Processo di budget*

Il processo di budget costituisce l'insieme di regole aziendali che definiscono, in modo esplicito e trasparente, il percorso di definizione del budget, dalla fase di proposta fino alla formalizzazione e rappresenta un'occasione unica per integrare le attività clinico-assistenziali, tecnico-amministrative e organizzative svolte da tutte le strutture aziendali. È una attività che consente l'integrazione di diversi strumenti di pianificazione aziendale e favorisce il coinvolgimento, l'informazione e la partecipazione del personale alla definizione degli obiettivi di budget, alla formulazione degli indicatori di performance, alla condivisione dei criteri di valutazione dei risultati e alla definizione del punto di equilibrio fra risorse e obiettivi assegnati.

Il processo di budget, annuale, prende avvio con la stesura e diffusione delle direttive di budget ove sono indicati gli obiettivi generali della azienda alla luce degli indirizzi della programmazione regionale, dei livelli di assistenza da erogare, dei vincoli esterni (normative, progetti, finanziamenti, contesto epidemiologico, ecc. e interni (progettualità in corso, percorsi di miglioramento, ecc.) e delle priorità stabilite dalla Direzione aziendale.

Gli obiettivi e le risorse assegnate sono declinati alle strutture e alle unità operative in relazione alla organizzazione della azienda in un documento formalizzato fra le parti, previa acquisizione di proposte sullo sviluppo delle attività e sui relativi indicatori da parte dei responsabili dei centri di responsabilità.

Attraverso successivi passaggi di affinamento, con la supervisione della direzione sanitaria, il CdG allestisce le proposte di schede di budget verificandone la coerenza con il bilancio economico preventivo, le modifica e aggiorna in relazione alle proposte ricevute e recepite dalla direzione e predispose il budget definitivo, validato dall'Organismo Indipendente di Valutazione, per l'approvazione formale del Direttore generale.

Questa fase del processo di budget si conclude con la presentazione/condivisione della scheda nelle unità operative dopo la quale prende avvio la fase di monitoraggio e valutazione del grado di raggiungimento dei risultati rispetto agli obiettivi assegnati con cadenze mensili o trimestrali in relazione alla tipologia degli obiettivi e degli indicatori per avviare/consentire gli eventuali interventi correttivi (anche degli obiettivi ove necessario) fino alla verifica finale.

Nella stesura delle schede particolare attenzione dovrà essere riservata alla coerenza complessiva degli obiettivi per le singole strutture aziendali, considerando la partecipazione di molteplici centri di responsabilità (sanitari-tecnici-amministrativi) al raggiungimento di obiettivi complessi (multifattoriali). In particolare, per le strutture non sanitarie dovranno essere previste le attività di supporto alla erogazione delle prestazioni sanitarie la tempistica delle fasi di loro realizzazione.

Il processo di budget e la definizione delle singole schede dei centri di responsabilità sono delineate in coerenza con lo sviluppo, in prospettiva triennale, degli obiettivi strategici aziendali.

### *Governo dell'innovazione*

In questo ambito il CdG può esercitare una funzione tecnica di particolare rilievo a supporto del direttore sanitario, laddove sia in grado di formulare analisi di *budget impact*, analisi *make or buy* e valutazione del *break even point* ogniqualvolta si rilevi la opportunità di valutare la introduzione di nuove apparecchiature (diagnostica per immagini, biologia molecolare, ecc.), nuovi servizi (*day surgery*, centri per patologie specifiche, sistemi di telemedicina, ecc.), nuove prestazioni (test molecolari, chirurgia mininvasiva, radiologia interventistica, ecc.) sia per gli ospedali pubblici sia, a maggior ragione per gli ospedali privati, generalmente remunerati a prestazione.

La attivazione di nuovi servizi/prestazioni presuppone generalmente la acquisizione di nuovi dispositivi, farmaci, apparecchiature elettromedicali per i quali è necessario adottare un approccio multidisciplinare di Health Technology Assessment (HTA), nell'ambito del quale alla competenza tecnico-sanitaria del direttore sanitario si affianca la competenza economica assicurata dal CdG oltre alle altre competenze disciplinari tipiche dell'HTA, come prospettato dalla pluriennale esperienza italiana in questo ambito.

In questa prospettiva il CdG può dare un sostanziale contributo nella definizione/aggiornamento dei sistemi tariffari utilizzati per la remunerazione delle prestazioni specialistiche e di ricovero degli ospedali, in particolare nelle strutture maggiormente esposte alla ricerca e alla innovazione.

## **Gestione di partenariati**

I partenariati sono processi che coinvolgono più parti, con beneficio reciproco. Implicano lo sviluppo congiunto di strutture all'interno delle quali si prendono decisioni, si condividono risorse, e si esercitano autorità e responsabilità condivise.

Nella pratica medica odierna i partenariati tra medici di unità e dipartimenti differenti sono indispensabili per garantire la continuità delle cure e dei percorsi. Direttive aziendali, raccomandazioni di società scientifiche, e percorsi diagnostico-terapeutici sono solo alcuni esempi di partenariato multidisciplinare tra medici e professionisti sanitari.

Ci sono quattro passaggi necessari per sviluppare dei partenariati efficaci:

- 1) Stabilire cosa rende necessario il partenariato:
  - Identificare le parti interessate.
  - Condividere interessi comuni e sviluppare obiettivi condivisi.
- 2) Costruire partenariati: chiarire ruoli e costruire relazioni (fiducia, dedizione, *empowerment*).
- 3) Gestire, negoziare e sviluppare relazioni sociali.
- 4) Valutare il partenariato (processi ed impatto):
  - Fornire riscontro e migliorare basandosi sull'esperienza.
  - Terminare il partenariato una volta ottenuti i risultati definiti.

Un partenariato, per esempio, può portare un ospedale a sviluppare progetti condivisi con associazioni di pazienti, al fine di migliorare i percorsi di cura e la soddisfazione degli stessi.

I passaggi elaborati in questa divisione teorica sono frequentemente connessi tra di loro e si svolgono in contemporanea o in ordine sparso.

I partenariati possono variare per numero e tipologia di partner coinvolti; centralità che i diversi obiettivi hanno per le parti coinvolte; struttura formale e regole che governano la struttura; scopo e quantità di risorse mobilitate; grado di condivisione delle informazioni e inquadramento del problema sotto osservazione; tipo di processo decisionale; peso specifico di ogni partner nel processo decisionale; e tipo di risultato che si vuole ottenere.

La **Tabella 8.1** definisce diversi tipi di partenariato secondo alcuni criteri guida.

**Tabella 8.1** Tipologie di partenariati ed elementi caratterizzanti. Riadattata da Kawachi I, Lang I, Ricciardi W (a cura di). *Oxford handbook of public health practice (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press; 2020.

Tipo di rapporto	Visioni organizzative	Congruità degli obiettivi	Collegamenti tra partner	Regole	Condivisione di informazioni	Condivisione di risorse	Autonomia	Decisioni
Coesistenza, competizione	Indipendenti	Indipendenti	Nessuno	Indipendenti	Nessuna/non strutturale	Nessuna	Totale	Indipendenti
Network	Indipendenti ma con punti in comune	Indipendenti ma con punti in comune	Transitori, dipendenti	Informali, in base alle norme culturali	Parziale, occasionale	Limitata, occasionale	Leggera influenza	Indipendenti, possibile consultazione
Co-operazione	Coerenti, con punti in comune	Indipendenti ma con punti in comune	Pochi, in ambiti mirati	Informali	Parziale, regolare	Limitata, regolare	Limitata influenza reciproca	Consulta-zione
Co-ordinamento	Condivise	Obiettivi sovrapponibili ed attività coordinate	Collegamenti verticali e orizzontali	Parzialmente formalizzate	Condivisione e interpretazione condivisa	Maggiore, regolare	Influenza reciproca	Condivise
Collaborazione	Condivise, in parte elaborate insieme	Obiettivi condivisi ed attività coordinate	Collegamenti verticali e orizzontali	Formalizzate del tutto	Condivisione e lavoro congiunto sui problemi	Budget condivisi	Influenza e parziale dipendenza	Condivise, partecipative

I partenariati possono coinvolgere individui, gruppi professionali, unità operative, dipartimenti, intere strutture ospedaliere o aziende sanitarie di natura differente. Si possono creare dei partenariati col fine di stabilire azioni mirate a risolvere un problema di salute specifico; formulare programmi o strategie congiunte; migliorare il coordinamento delle informazioni e delle risorse umane tra agenti diversi; migliorare la fornitura di beni e materiali in supporto ai servizi; migliorare la qualità dei servizi e la capacità di rispondere ai bisogni degli utenti; coordinare e governare un numero di partenariati minori in dimensione. La **Tabella 8.2** mostra un esempio di tipologie di partenariati che si possono intraprendere per diverse finalità possibili.

Prima di iniziare un partenariato, le parti coinvolte devono riconoscere la loro interdipendenza nell'affrontare un problema di salute e i potenziali benefici che derivano dal loro partenariato. Senza questi elementi, l'impegno a collaborare sarà debole, in quanto i partner non vedranno la rilevanza del loro lavoro ma solamente i costi associati alla loro partecipazione. Questo è particolarmente vero per i partenariati imposti da enti governativi o dai vertici aziendali o delle organizzazioni di cui i professionisti fanno parte: al fine di mitigare questi ostacoli, è possibile fornire incentivi o disincentivi economici o di altra natura.

I servizi sanitari e i dipartimenti governativi locali sono soggetti ad influenze esterne che possono inficiare non solo la struttura ed il funzionamento dei partenariati, ma anche gli *output* e gli *outcome*. È necessario considerare l'influenza di:

- politica/politiche: le politiche regionali e nazionali sono spesso incoerenti, affrontano temi diversi in maniera eterogenea e fluida, e possono quindi nuocere ai singoli partenariati. Il focus delle politiche può cambiare quando i decisori politici rispondono a questioni sociali emergenti, lasciando i partner a decide-

**Tabella 8.2** Tipi di partenariati e obiettivi connessi. Riadattata da Kawachi I, Lang I, Ricciardi W (a cura di). *Oxford handbook of public health practice (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press; 2020.

Outcome	Forma di partenariato			
	Network	Co-operazione	Co-ordinamento	Collaborazione
Scambio di informazioni, accordi condivisi	+	++	++	+++
Lavoro su compiti condivisi	-	-	++	+++
Obiettivi e visioni condivise	+	++	++	+++
Creazione di soluzioni innovative	-	-	+	+++
Processi				
Partecipazione, empowerment	-	+	+	+++
Relazioni di potere	-	+	+	+++
Risoluzione di conflitti	-	-	+	+++

re se aggregarsi ad imperativi e obiettivi decisi da nuove norme o decidere quali norme meritino la priorità e quali non siano più rilevanti;

- flussi di risorse: la condizionalità delle risorse, in particolare la disponibilità di fondi, può influenzare il focus e gli *outcome* di un partenariato. Eventuali scadenze temporali per la spesa dei fondi (ad esempio legate all'anno fiscale) possono influenzare negativamente il processo decisionale, mentre finanziamenti a breve termine possono esitare in difficoltà nel trattenere personale assunto a tempo determinato, ad esempio a seguito di progetti di ricerca. Difficilmente sono disponibili fondi *ad hoc* per finanziare dei partenariati;
- incentivi e sanzioni: possono attirare nuovi partecipanti nei partenariati, ma se l'interesse di queste parti è limitato all'ottenimento di risorse aggiuntive, questo può portare ad una distorsione durante i processi di negoziazione e pianificazione.

A livello locale, i partenariati sono soggetti a cinque fattori di influenza dipendenti dal contesto a cui appartengono le singole realtà, che ne influenzano lo sviluppo ed il funzionamento, e potenzialmente i loro *output* e *outcome*:

- Fattori professionali: i partenariati coinvolgono spesso più gruppi professionali, ciascuno dotato di un proprio punto di vista sulle questioni discusse, che influenzano il modo in cui vengono proposte le soluzioni. Le opinioni di alcuni gruppi professionali potrebbero avere un peso specifico maggiore di altri nelle discussioni per via del loro status. Potrebbe rendersi necessaria una discussione iniziale con i partner per assicurarsi che capiscano il perché del loro coinvolgimento, come possono contribuire e quali benefici possano trarne.
- Fattori culturali: organizzazioni pubbliche, private e di volontariato potrebbero avere culture gestionali diverse, così come differenti processi decisionali e coinvolgimento pubblico. I servizi sanitari hanno solitamente una struttura decisionale di tipo manageriale, con organizzazione gerarchica *top-down* basata sul livello professionale delle figure coinvolte. Le organizzazioni governative locali sono influenzate dai politici locali per quanto riguarda la decisione di priorità e l'allocazione di risorse. Gli ufficiali rappresentanti coinvolti nei partenariati, per quanto abituati ai processi decisionali democratici, potrebbero avere capacità decisionale limitata prima di essersi consultati con persone fidate. Le organizzazioni di volontariato tendono ad avere strutture decisionali piatte, in modo da facilitare le consultazioni interne. È importante chiarire che il processo decisionale potrebbe essere lento, referenziale e protratto, al fine di evitare aspettative non realistiche che possano portare a frustrazione tra le parti coinvolte.
- Fattori economici: i partner coinvolti hanno spesso accordi finanziari e piani di lavoro indipendenti. Questo può rendere ostica la determinazione del budget a disposizione (soggetto a pressioni economiche e cambiamenti) e azioni di pianificazione. Le grandi organizzazioni hanno maggiori possibilità per assorbire i possibili costi economici e di risorse umane legati alla formazione di partenariati interistituzionali, mentre organizzazioni più piccole o di volontariato potrebbero avere delle difficoltà che ne limitino la capacità di partecipare a pieno.

- Fattori relazionali: ordine sociale del gruppo, ovvero delle prospettive ed interessi di ciascun partner (a livello di individuo, di organizzazione e di professionista) e le risorse che può apportare. I partner coinvolti in un partenariato potrebbero avere delle relazioni preesistenti legate ad altri tipi di interazione; se una delle parti coinvolte è dipendente dall'altra, questo può indebolirla in fase decisionale e portare ad evitare il conflitto per timore di ripercussioni in altre sedi. Le organizzazioni di volontariato sono particolarmente esposte a questo tipo di influenza.
- Fattori strutturali: le organizzazioni hanno confini, procedure e accordi finanziari eterogenei. Questo può portare le parti coinvolte ad avere priorità e piani temporali discordanti, inficiando la capacità di prendere decisioni, in particolare nello sviluppare una visione condivisa ed azioni congiunte.

Alcuni partner hanno interessi e priorità propri che non condividono con le parti coinvolte. È necessario condividere dei percorsi di elaborazione attraverso *brainstorming* per avere chiari gli obiettivi di tutti, per quanto possibile.

Nei partenariati l'interazione tra le parti coinvolte si esplica come un'influenza reciproca in relazione a cosa fare, con quali risorse umane, e in che modo: comprendere il modo in cui si articola l'interazione tra le parti coinvolte e quali relazioni si sviluppano è cruciale per progredire. In particolare, è importante comprendere l'esercizio del potere intangibile (*soft power*) per creare fiducia e la sua influenza sul processo decisionale. Il *soft power* può essere esercitato secondo tre dimensioni:

- 1) Influenza esercitata su altri a fare quello che gli si richiede, senza coercizione:
  - Autorità formale: il diritto legittimo di un partner di entrare a far parte di un partenariato e di influenzare decisioni cruciali, senza influenzare gli altri (particolarmente evidente in partenariati imposte da enti governativi).
  - Controllo su risorse critiche: i partner che possono esercitare un controllo sul loro utilizzo possono spesso dettare i termini, la natura dell'interazione ed il tipo di partenariato.
  - Legittimità di parola: i partner che parlano per conto terzi (ad esempio, organizzazioni di rappresentanza o gruppi di pazienti) sono la voce legittimata di portatori di interesse marginalizzati o di un ente specialistico.
- 2) Limitazione della partecipazione al partenariato o di quello che viene discusso.
- 3) Forze economiche e sociali che condizionano il pensiero di quello che si potrebbe fare e quello che si dovrebbe fare.

La comprensione dell'esercizio del *soft power* richiede di identificare: chi è invitato o escluso dai partenariati, chi imposta l'agenda e quali argomenti non vengono discussi, come si impostano i problemi e come vengono affrontati, chi stabilisce l'allocazione delle risorse, come vengono prese le decisioni, che tipo di soluzioni si sviluppano e per seguire quali interessi. Il modo in cui le parti coinvolte ricorrono a questi elementi determina la struttura ed il processo dei partenariati e la natura delle interazioni.

La fiducia è il grado di certezza che i partner faranno quelli che dicono che faranno e che lo faranno bene. Senza fiducia, le parti coinvolte potrebbero temere di essere sfruttate in maniera opportunistica, portando ad un comportamento di tipo difensivo. La mancanza di sicurezza o consapevolezza del modo in cui gli altri si comporteranno potrebbe portare un partner ad assumersi meno rischi ed avere impatti negativi sulla creazione di innovazioni. È raro che ci sia una totale assenza di fiducia tra le parti coinvolte, ma i livelli potrebbero essere bassi nel momento in cui si dà il via ad un partenariato, in particolare se le parti coinvolte hanno avuto esperienze precedenti negative. Costruire e mantenere la fiducia è uno sforzo costante che viene rinforzato ottenendo gradualmente risultati, il che a sua volta incoraggia i partner ad assumersi rischi maggiori. Per ottenere ciò, è necessario gestire in maniera attiva le risorse e:

- lo scopo dei partenariati: chiarezza negli scopi, negli obiettivi, e nel ruolo delle parti coinvolte;
- gli sbilanciamenti di potere: a volte non facili da riconoscere;
- il tempo da dedicare alle relazioni ed alla comprensione reciproca tra parti;
- il carico di lavoro: da suddividere adeguatamente, perché i partner non si sentano sfruttati;
- la condivisione dei meriti per i risultati ottenuti: particolarmente importante nel settore pubblico, dove i lavori possono richiedere anni prima di essere portati a termine.

Lavorare con organizzazioni o rappresentanti del terzo settore è spesso cruciale per il successo delle collaborazioni per fornire uno sguardo preciso della natura dei problemi di salute che si vanno ad affrontare. La loro partecipazione può risentire di mancanza di risorse e capacità organizzative, sensazione di coinvolgimen-

to insufficiente (che può portare a disillusione ed allontanamento dal progetto), competenze insufficienti da parte di non-esperti/partecipanti esterni all'ambiente per partecipare a partenariati, e incapacità da parte degli altri partner di riconoscere queste limitazioni.

Possibili criticità nello sviluppo di un partenariato sono:

- Coinvolgimento di persone inadeguate (ad es. incapaci di influenzare l'utilizzo di risorse nella loro organizzazione o che non hanno interesse sui risultati del progetto);
- Partecipazione di troppe persone, che rende impossibile la gestione positiva di un grande numero di visioni conflittuali;
- Inadeguatezza al lavoro congiunto da parte di partner cruciali (ad es. gestione inadeguata della risoluzione di problemi, negoziazione, e capacità manageriali);
- I partner adottano un approccio difensivo e rispondono in maniera negativa alle critiche;
- Le discussioni si concentrano sulle risorse e non sui risultati;
- Le performance non sono valutate periodicamente e le mancanze non sono riconosciute o affrontate adeguatamente.

Talvolta può essere necessario riflettere se l'obiettivo che si vuole raggiungere richiede di stabilire dei partenariati o se ci siano vie alternative; la creazione di partenariati può essere impegnativa, ma ha il potenziale per provvedere approcci innovativi a problemi di salute complessi. I partenariati funzionano quando i partner dedicano tempo e risorse, sono trasparenti nelle loro relazioni, e cercano di risolvere i conflitti in maniera costruttiva.

Un esempio di partenariato è rappresentato dall'attivazione di comitati aziendali o gruppi di lavoro *ad hoc* mirati a coinvolgere attivamente professionisti in attività interdisciplinari. La formazione di comitati o gruppi di lavoro deve essere definito da un atto formale che ne specifichi il mandato (che può talvolta essere previsto da specifiche normative), richiamando obiettivi e strategie aziendali e specificando gli obiettivi e gli indicatori di risultato attesi al fine di poter monitorare il lavoro svolto e impostare conseguentemente gli interventi migliorativi adeguati. Alcuni comitati diffusi sul territorio nazionale includono: Comitato per il buon uso del Farmaco (utilizzo appropriato di farmaci di nuova commercializzazione), Gruppo di lavoro per l'aggiornamento del repertorio dei Dispositivi Medici (formulando la lista di apparecchiature da sostituire o acquisire con metodologia HTA, monitorando l'utilizzo dei dispositivi ad alto costo, partecipando all'attivazione di registri sui dispositivi di nuova introduzione), e il Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere (definizione di politiche e strategie per la lotta alle infezioni nosocomiali, promuovendo l'impiego di farmaci e disinfettanti appropriati e partecipando all'identificazione delle antibiotico-resistenze, con iniziative di formazione del personale).

## Management dei professionisti sanitari

La gestione della comunità professionale è un aspetto cruciale della gestione di un ospedale. Questo aspetto include non solo il reclutamento dei professionisti sanitari, ma anche la loro educazione continua e cura della motivazione lavorativa, nonché lo sforzo di mantenere *équipe* quali-quantitativamente adeguate per consistenza e *skill mix*.

La comunità professionale di un ospedale è un sistema complesso che include professionisti sanitari (medici, infermieri, fisioterapisti, ostetrici, ecc.), tecnici e amministrativi oltreché operatori socio-sanitari, addetti alle pulizie, addetti alla sicurezza, e altri, in base ai servizi forniti. Questa divisione è evidente già nella gestione di un'unità o di un dipartimento.

Assumere personale qualificato è importante per il raggiungimento degli obiettivi di salute che gli ospedali e le organizzazioni ad esso interne si pongono, ma anche per creare un ambiente lavorativo basato sull'onestà, la fiducia, l'evitamento di conflitti di interesse, l'impegno a migliorare la pratica clinica, e la responsabilità nell'esercizio delle proprie azioni.

La comunità professionale è influenzata da diversi aspetti:

- la politica, che influisce sia a livello nazionale che locale, sulla disponibilità di risorse, il livello di autonomia e le strutture organizzative nel settore pubblico. In particolare, in Italia, la sanità è una materia gestita a livello regionale, dove spesso le decisioni sono prese da figure politiche piuttosto che da tecnici esperti del settore;

- la demografia dei professionisti: nel tempo, la composizione e le aspettative dei professionisti cambiano in risposta a influenze culturali di ampio spettro, su tutte la famiglia e le esperienze scolastiche. Ad esempio, i cosiddetti *Baby boomer* (ovvero i nati tra il 1945 ed il 1960) hanno aspettative diverse dai *millennial* (nati dal 1980 ai primi anni '90), che coesistono nello stesso ambiente lavorativo e si evolvono con il passare delle generazioni;
- la demografia della popolazione: il processo di spostamento verso la città degli abitanti di zone rurali o piccoli centri abitati porta ad un cambiamento nella distribuzione delle malattie sul territorio e dell'organizzazione dei servizi sanitari. Inoltre, l'aumento della prevalenza delle malattie croniche e l'insorgere di condizioni di multimorbosità impongono nuove sfide agli operatori sanitari e ai manager del settore sanitario;
- il cambiamento delle aspettative della popolazione: nel recente passato, si è osservato un trend di aumento delle aspettative da parte dei pazienti e dei clienti del settore sanitario in termini di trasparenza, incluso la disponibilità di informazioni circa i processi decisionali e le prestazioni sanitarie, accompagnato da un diminuito rispetto per i professionisti;
- le riorganizzazioni: i professionisti degli ospedali, specie nel settore pubblico, è soggetta a frequenti riorganizzazioni strutturali interne alla struttura di appartenenza o ricollocazioni in altre sedi per far fronte a carenze di personale o esigenze di natura economica. Questo tipo di instabilità può portare i lavoratori a sviluppare affaticamento da cambiamento (*change fatigue*), manifesta come stanchezza e apatia, nonché mancanza di motivazione;
- l'internazionalizzazione: la tendenza migratoria di operatori sanitari da Paesi a medio e basso reddito verso Paesi ad alto reddito è legato alla maggiore retribuzione dei professionisti sanitari rispetto al loro Paese di appartenenza. Sebbene l'Italia sia un Paese ad alto reddito, il bilancio migratorio netto nel settore sanitario è negativo, con un numero maggiore di operatori sanitari che lasciano il Paese alla ricerca di retribuzioni e condizioni lavorative migliori;
- la competizione tra settore pubblico e privato: in un Sistema Sanitario Nazionale in cui gli attori privati ricoprono un ruolo sempre più importante, la competitività e l'appetibilità di una posizione in un ente privato creano una competizione tra pubblico e privato per assumere personale sanitario qualificato;
- la cultura interna: nel caso di un'organizzazione complessa come un ospedale, questa include i valori, le norme, e le abitudini che ne costituiscono il carattere unico, con un effetto profondo sui professionisti. Alcuni aspetti di questa cultura possono essere lampanti (ad esempio, aspettative espresse come forma di *mission* dell'ospedale) ma alcuni aspetti della cultura interna di un ospedale possono essere meno accessibili sebbene più rilevanti, come ad esempio le regole organizzative, il linguaggio e le attività eseguite;
- l'evoluzione dei modelli di cura: rispetto al passato, la maggior parte della popolazione che richiede cure mediche si rivolge al SSN per condizioni croniche e fragilità che non necessitano di interventi in acuto e dispositivi costosi, ma il cui evolversi della situazione clinica richiede un'attenzione protratta nel tempo. La gestione sempre più extraospedaliera di questi pazienti porta a nuovi modelli di cure, che prevedono un maggiore ricorso alle cure primarie ed all'erogazione di prestazioni sul territorio e presso il domicilio del paziente. La disponibilità di strumenti innovativi come la telemedicina offre opportunità per il monitoraggio a lunga distanza e l'erogazione a distanza delle visite, che richiedono l'elaborazione di disegni organizzativi che li valorizzino per poter ridurre l'accesso in ospedale dei pazienti ed alleggerire il carico sui lavoratori ospedalieri;
- la soddisfazione nell'ambito lavorativo, che può essere indagata attraverso questionari e interviste che approfondiscano il clima sul posto di lavoro e il benessere lavorativo.

La pianificazione della successione dei professionisti è un argomento che interessa i ruoli apicali. È necessario anticipare la necessità di assumere nuove figure, pianificando le assunzioni in tempo debito studiando il profilo demografico del personale operante in maniera tale da assicurare un periodo di coesistenza tra le nuove figure assunte e quelle prossime a lasciare l'ospedale, per permettere una trasmissione delle conoscenze e delle competenze. Parallelamente, è opportuno accompagnare le figure prossime al pensionamento negli ultimi anni della loro vita professionale, valorizzando le loro conoscenze e l'esperienza maturata nell'ospedale.

Una struttura ospedaliera dovrebbe garantire opportunità di sviluppo continuo ed addestramento dei professionisti, sia per assicurare che il personale sanitario sia allineato con gli standard più alti in materia, sia perché il personale sanitario tende a valutare positivamente le opportunità di sviluppo della conoscenza e delle competenze, divenendo così più motivato a svolgere il proprio lavoro. È importante notare che questo si

verifica quando il contenuto trasmesso contiene informazioni specifiche ed aggiornate, rilevanti per il professionista. Opportunità educative alternative sono rappresentate dai corsi brevi, dai programmi di educazione continua, e i corsi a distanza. Le risorse economiche destinate ad opportunità di formazione sono talvolta limitate e soggette a tagli di spesa, ma bisogna minimizzare questi tagli e anzi aumentare le risorse dedicate alla formazione, assicurando anche l'accesso a tecnologie innovative e definendo percorsi di crescita in ambito specialistico (disciplinare) e in ambito trasversale (sicurezza sul lavoro, controllo delle infezioni ospedaliere, valutazione delle tecnologie sanitarie, metodologia della ricerca, produzione di linee guida e di percorsi diagnostico-terapeutici).

In aggiunta, sviluppare un programma di *mentoring* che coinvolga tutto il personale sanitario, associando un professionista meno esperto ad un collega mentore più esperto, favorisce lo sviluppo di relazioni interpersonali costruttive, il trasferimento di conoscenze e competenze, e favorisce l'inserimento del collega meno esperto nell'organizzazione.

Al di fuori del settore sanitario, la pandemia da CoViD-19 ha dato il via ad una rivoluzione nelle modalità con cui i lavoratori scelgono da dove operare la propria professione. Nel settore sanitario, complice la sua natura diversa e fortemente operativa, non si è verificato questo cambiamento. Tuttavia, è possibile valutare modalità lavorative che diano ai professionisti la libertà di gestire il proprio tempo e gli orari lavorativi, priorizzando gli obiettivi lavorativi rispetto al conseguimento dell'orario lavorativo, e di comunicare a distanza, ad esempio permettendo di tenere riunioni in teleconferenza.

All'interno di unità e dipartimenti, è opportuno un clima organizzativo che renda piacevole e sicuro l'ambiente lavorativo. L'attitudine dei membri più giovani ad esprimersi liberamente durante le riunioni può essere un buon indicatore. Risulta cruciale formulare programmi di promozione della salute sul posto di lavoro, incoraggiando buone abitudini (ad esempio, una campagna per una dieta sana nella mensa aziendale) ed operando un modello manageriale che lasci libertà di azione ai dipendenti, valorizzando l'autodeterminazione delle figure professionali ed affrontando i conflitti come opportunità di crescita e miglioramento reciproco; valorizzare i rapporti interpersonali e affrontare con decisione i fenomeni di *mobbing* e violenza sul lavoro; operare iniziative di miglioramento della salute e della sicurezza sul lavoro all'interno dell'organizzazione e promuovere il diritto alla disconnessione, disincentivando il lavoro da casa al di fuori dell'orario lavorativo e delle reperibilità.

Nella gestione del personale sanitario è importante anche il riscontro degli utenti, cioè i pazienti, per cui è rilevante raccogliere informazioni puntuali sulla qualità percepita dei servizi attraverso reclami e suggerimenti, nonché denunce di presunta *malpractice*.

## Gestione dei progetti e dei programmi

La gestione dei programmi, attraverso lo sviluppo, l'implementazione, e la valutazione di una serie di progetti (o sub-programmi), è centrale per pianificare il cambiamento ed ottenere risultati nel campo del management sanitario. In questo capitolo, i termini progetto e programma non sono usati in maniera intercambiabile, bensì con il seguente significato:

- Progetto: una serie discreta di attività, ridotta in dimensioni rispetto al programma; i suoi obiettivi coinvolgono un gruppo specifico di persone in un posto preciso ed in relazione ad un obiettivo di salute specifico;
- Programma: una serie di progetti, spesso su più livelli e che coinvolgono più organizzazioni, su un periodo di tempo più lungo (**Tabella 8.3**).

La gestione dei programmi e dei progetti è un compito che richiede dedizione per governarne le componenti: nonostante siano competenze che vengono usate quotidianamente, non tutti sono capaci di pianificazione ed organizzazione della logistica allo stesso modo. Sviluppare un programma ed un modello logico basato su una gerarchia di obiettivi per un progetto, tenuti insieme da una strategia di valutazione, implica delle competenze specifiche piuttosto che semplice intuito.

### Pianificazione di un programma

La pianificazione di un programma richiede di identificare i bisogni cruciali di portatori di interesse e partner e determinare in che modo rispondere alle loro priorità.

Quando coinvolti in un percorso di impostazione delle priorità, è importante delineare:

**Tabella 8.3** Confronto degli elementi di gestione di programma e progetto. Riadattata da Kawachi I, Lang I, Ricciardi W (a cura di). *Oxford handbook of public health practice (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press; 2020.

Gestione di un programma	Gestione di un progetto
Livello aziendale/interdipartimentale	Livello unità/dipartimento
Visione strategica, obiettivi dell'organizzazione	Visione strategica ed obiettivi del programma di cui fa parte
Gestione dei singoli progetti, della loro complementarità e della pianificazione dei risultati	Gestione dei risultati del progetto, dei deliverable, delle milestones, e delle singole attività del progetto
Assicura un uso costante di processi comuni tra progetti diversi	Si concentra sull'applicazione di processi di programma all'interno del singolo progetto
Rischi legati ai singoli progetti	Rischi solo all'interno del progetto
Vasto numero di competenze di management, leadership, e gestione del programma	Competenze specifiche legate alla gestione del programma nello specifico

- Quali sono le attività più importanti da svolgere.
- Come completare queste attività, e i passaggi da intraprendere.
- Quanto tempo dedicare a queste attività.
- Il personale, le risorse economiche e no, da dedicare a queste attività.

Un esempio utile alla comprensione del funzionamento e della pianificazione dei programmi è il caso di un Direttore sanitario che gestisce un programma finalizzato all'introduzione di un servizio di Tomografia Computerizzata (TC) nel proprio ospedale. Le principali attività da svolgere sono: l'identificazione degli spazi da dedicare al servizio; l'acquisizione dei macchinari e del personale formato per utilizzarli; la definizione ed attuazione di percorsi dedicati. Questo esempio verrà ripreso per illustrare le diverse parti della gestione dei progetti e dei programmi.

Dopo aver definite delle priorità, i passaggi fondamentali della pianificazione di un programma includono:

- Preparazione di un rationale o *business case* per il programma (nell'esempio, può essere necessario dotare l'ospedale in questione di un servizio di TC per includerlo nella rete dell'emergenza-urgenza).
- Definizione del fine ultimo del programma (*goal statement*), delineando gli obiettivi e scomponendoli in pezzi lavorabili intorno ai quali organizzare i singoli progetti o attività: gli obiettivi descrivono i risultati che si vogliono raggiungere e devono essere quanto più possibile misurabili (nell'esempio, fine ultimo sarà l'esecuzione di un determinato numero di TC, 24 ore al giorno 7 giorni alla settimana).
- Creazione di progetti attraverso lo sviluppo e identificando attività e risorse per i progetti che porteranno ai risultati auspicati (nell'esempio, l'identificazione degli spazi da dedicare, l'acquisizione dei macchinari, l'assunzione di personale formato o la formazione e l'addestramento di personale già esistente, e la definizione e attuazione di percorsi, sono quattro progetti componenti il singolo programma).
- Organizzazione dei progetti: normalmente responsabilità dei singoli *project manager*, ma i *programme manager* sono responsabili per il coordinamento dello sviluppo dei piani di implementazione dei progetti in maniera che siano complementari tra loro, sicché gli *output* e gli *outcome* di un progetto possono essere gli *input* collegati ad un progetto affine o successivo (il Direttore sanitario può incaricare dei responsabili che si occupino dei singoli progetti, supervisionando e intervenendo ove necessario).
- Pianificare il monitoraggio e la valutazione di un programma su quattro livelli:
  - Come processo in corso all'interno di ogni singolo progetto;
  - Come somma o punto finale di ogni progetto;
  - Come valutazione dell'impatto e degli *outcome* dei progetti sugli obiettivi del programma;
  - Come sintesi dell'appropriatezza di tutti i progetti e le attività nel programma.

### Gestione di un programma

La gestione efficace delle strutture e dei processi di un programma permette ai direttori dei programmi di supportare con successo i *project manager*. A seguito della pianificazione di un programma, si procede a stabilire:

- *Governance*: definizione di ruoli e responsabilità, assicurando una condivisione di valori e cultura nel gruppo di lavoro e condividendo la supervisione e le modalità di riscontro (nell'esempio, chiarire chi sono

i responsabili e predisporre dei canali di comunicazione ben definiti, ad esempio durante delle riunioni con cadenza prefissata).

- Amministrazione: assicurare processi appropriati e rigorosi per documentare tutte le attività del programma e dei progetti che lo compongono (nell'esempio, per l'assunzione del personale, è necessario pianificare un bando di concorso o si può ricorrere alla mobilità intra-Regione? Quali sono le tempistiche entro cui finalizzare le assunzioni, in funzione dell'acquisto dei macchinari e della predisposizione degli spazi, nonché dei percorsi?).
- Gestione finanziaria ed *accountability* (nell'esempio, il budget aziendale permette di coprire il nuovo servizio? Sono necessari finanziamenti aggiuntivi?).
- Gestione del personale e creazione di una cultura del gruppo di lavoro (nell'esempio, i partecipanti sono allineati sul bisogno di fornire un nuovo servizio di TC? Ne riconoscono l'importanza e lavorano per assicurarne la buona riuscita?).
- Infrastruttura: assicurare la presenza di spazi di lavoro appropriati, tecnologie e strutture correlate al supporto del programma (nell'esempio considerato, il ricorso a procedure informatizzate anziché cartacee può fornire un importante ausilio allo sviluppo del programma).

### Gestione dei progetti (Project Management)

La gestione di un progetto inizia con lo sviluppo di un modello logico dei passi da intraprendere per il funzionamento di un progetto. La **Figura 8.1** mostra un modello logico lineare:

- **Problema:** quello che muove lo sviluppo del progetto e che è intenzione condivisa risolvere (nell'esempio, carenza di TC sul territorio, predisposizione di un programma per introdurre una TC in un ospedale, costituito di più progetti: l'identificazione degli spazi da dedicare, l'acquisizione dei macchinari, l'assunzione di personale, e la definizione e attuazione di percorsi).
- **Input:** le risorse a disposizione, in termini di personale (professionisti), tempo, fondi economici, ed altro.
- **Output:** le attività che il progetto propone e il livello di partecipazione necessaria; sono usualmente espressi in termini di i) attività e ii) partecipazione e si possono esprimere, per mettere a fuoco il progetto e facilitare una gestione efficace del tempo da parte di tutti i partecipanti, come un piano di lavoro, un set di *milestone* e *deliverable*, o un Gantt Chart (nel caso del progetto finalizzato all'assunzione di personale, possibili attività sono: i) identificazione del fabbisogno in termini di personale; ii) definizione delle procedure per assunzione del personale (mobilità intra-Regionale o bando di concorso?); iii) bando di concorso (qualora necessario); iv) procedure e tempistiche per l'assunzione dei vincitori del concorso bandito).
- **Outcome:** nel breve e medio periodo, in termini di miglioramento della qualità dell'assistenza.
- **Impatto:** i risultati a lungo termine che si mira ad ottenere attraverso il progetto; se più progetti si svolgono in contemporanea, i loro impatti vanno considerati in maniera complessiva piuttosto che singolarmente (nell'esempio, deviazione di parte del flusso dell'emergenza-urgenza verso l'ospedale in questione; miglioramento degli *outcome* di salute dell'emergenza-urgenza all'interno del territorio di appartenenza).

In fase di avvio di un progetto, vanno identificate le premesse presenti al momento della definizione dei problemi, nonché i fattori sociali, economici e politici che possono agire come influenze esterne positive o negative (quali sono possibili barriere e/o fonti di supporto che possono influenzare il cambiamento che si spera di ottenere? Quali competenze e risorse si possono ottenere dalla comunità? Ci sono politiche o altri fattori che possono influenzare il programma?). Nell'esempio, la politica o le comunità possono recepire positivamente l'introduzione di un servizio di TC, o possono esserci barriere, come ad esempio la percezione che si tratti di un investimento economico sbagliato.

I progetti non sono lineari nella loro esecuzione, per cui è necessario monitorare se le connessioni causali tra *input*, *output* (livelli di attività e partecipazione), *outcome* e impatti si mantengono nel tempo. È importante avere chiaro come si sviluppa un progetto, cosa misurare e in che modo, come anche ottenere informazioni



**Figura 8.1** Modello logico con i passaggi e le relazioni interne ad un progetto. Riadattata da Kawachi I, Lang I, Ricciardi W (a cura di). *Oxford handbook of public health practice (4th ed.)*. Oxford: Oxford University Press; 2020.

per l'utilizzo e la priorità delle risorse dove utilizzare le limitate risorse dedicate alla valutazione. Ad esempio, la gara di acquisto per la TC potrebbe subire un arresto duraturo, ad esempio per motivi burocratici: in tal senso, potrebbe essere opportuno valutare di mettere in pausa i progetti paralleli, come l'assunzione di risorse e la creazione di nuovi spazi dedicati, per evitare di avere spazi inutilizzati o assumere personale incapacitato ad esercitare le proprie funzioni.

In conclusione, la comprensione della gestione dei programmi e dei progetti è centrale nel management ospedaliero. Avere visibilmente chiari la gerarchia degli obiettivi realizzabili e un modello logico che metta in relazione il problema da risolvere, le risorse da mettere a disposizione e le azioni da intraprendere, insieme con una valutazione dei risultati che si vogliono ottenere, facilita l'ottenimento degli *outcome* e degli impatti desiderati e, in sostanza, la buona riuscita del progetto.

## Framework *Agile Innovation* per l'implementazione dell'innovazione nelle organizzazioni sanitarie

L'innovazione è una componente fondamentale dell'ecosistema sanitario, dove si stima che la quantità di informazioni disponibili raddoppi ogni 3,5 anni. Di conseguenza, è importante garantire che i processi ed i sistemi organizzativi all'interno dell'ospedale siano al passo coi tempi, per garantire che le cure destinate ai pazienti siano della migliore qualità possibile.

Tuttavia, in ambito sanitario, l'innovazione è talvolta percepita come il frutto di sprazzi di creatività di innovatori dirompenti (confusa con l'invenzione), laddove in altre industrie è un processo partecipatorio che mette al centro l'utente finale delle soluzioni elaborate. Come conseguenza, in ambito sanitario, nuove soluzioni organizzative o tecniche tardano ad essere implementate, oppure vengono adottate senza sufficiente coinvolgimento degli utenti finali. Il risultato è una soluzione spuria, talvolta insoddisfacente e soggetta a rielaborazioni adattative.

A tal fine è stato elaborato il *framework Agile Innovation*, finalizzato a permettere a gruppi di lavoro di disegnare soluzioni, sperimentando e risolvendo i problemi emergenti nella progettazione di soluzioni innovative. Il *framework* si concentra sui bisogni degli utenti finali, raccogliendone le opinioni e rispondendo in *sprint* operativi, e mettendo i gruppi di lavoro in condizione di rispondere autonomamente all'interno del proprio ambito di competenza e responsabilità, senza richiedere istruzioni operative *top-down*, cioè imposte dall'alto. Il *framework* si fonda sulla teoria della complessità di Holland nell'ambito delle scienze comportamentali e della complessità, secondo cui è meglio valorizzare la complessità esistente piuttosto che cercare di ridurla, dando agli agenti locali la possibilità di rispondere ed adattarsi al loro ambiente locale. Inoltre, in condizioni di elevata incertezza ed informazioni incomplete, le azioni umane sono guidate prevalentemente da processi cognitivi istintivi, emotivi ed automatici piuttosto che analitici e razionali.

Un gruppo di lavoro che utilizzi il *framework Agile Innovation* è composto da alcune figure fondamentali:

- Leader del team: incaricato della gestione del team.
- *Product/service manager*: incaricato di gestire la visione del prodotto/servizio elaborato e gestione delle priorità del gruppo.
- Ruoli collegati all'identificazione ed analisi del problema (v. dopo).
- Ruoli collegati all'identificazione e sviluppo delle soluzioni (v. dopo).

In aggiunta a queste figure, è necessario identificare portatori di interesse da coinvolgere durante il progetto, come ad esempio: esperti della materia, leader del settore, utenti/clienti del prodotto/servizio.

Un esempio di adozione del *framework Agile Innovation* è rappresentato dal Direttore Sanitario di un ospedale che intraprende un percorso volto al miglioramento della soddisfazione dei pazienti ambulatoriali in una determinata UO.

Il *framework Agile Innovation* si compone di otto passaggi:

### 1. Valutazione del bisogno

Il bisogno di un determinato servizio è indagabile solo attraverso un confronto con i portatori di interesse. In ambito sanitario, è necessario interrogarsi su chi sia il diretto interessato del bisogno che si indaga (ad esempio, una categoria specifica di pazienti o i loro *caregiver*): è consigliabile indagare i bisogni sia di coloro che occupano posizioni apicali, che controllano l'accesso alle risorse, sia dei pazienti e utenti finali dei servizi/prodotti che si dispongono, per valorizzare i loro *outcome* e i loro punti di vista.

Nel caso del Direttore Sanitario, è auspicabile somministrare un questionario che valuti l'esperienza dei pazienti ambulatoriali; vista la variabilità dei servizi, questi potrebbero lamentare mancato rispetto degli orari di prenotazione, poca chiarezza nei percorsi da intraprendere dopo la visita, o altro, in base al momento in cui vengono interrogati. Questo è il motivo per cui è importante somministrare il questionario più volte, per assicurarsi di intercettare e dare il giusto peso ai loro bisogni. Sarà necessario anche un confronto con i medici operanti nei servizi ambulatoriali, nonché con il Direttore della UO di appartenenza, circa i problemi e le aspettative nei confronti degli stessi.

## 2. Studio del problema

Per iniziare, bisogna identificare le fonti da cui raccogliere dati per studiare i sistemi, i processi e gli *outcome* associati al problema. Comprendere le caratteristiche sociali e tecniche del sistema su cui si va ad operare aiuta a sviluppare innovazioni adatte a quanto già presente (persone, strumenti, compiti ed ambienti). Una mappatura empirica dei processi (mappatura e analisi dei flussi di lavoro e dei percorsi, punti di vista degli utenti) è particolarmente utile perché fornisce una base per lavorare su processi già esistenti o disegnarne di nuovi. Poiché questa fase può essere dispendiosa in termini di tempo, alcune buone pratiche da adottare includono:

- Utilizzo di dati e ricerche pre-esistenti, se disponibili.
- Utilizzo di metodi disegnati per valorizzare la velocità e l'efficienza, ad esempio creazione di *user persona* o questionari.
- Raccolta di dati e analisi di piani di lavoro creati in precedenza per evitare di lavorare fuori dalle linee di indirizzo già tracciate.
- Effettuare analisi dei dati prima di terminare la raccolta dati.
- Individuare dei *Problem Master* sulla base della loro conoscenza approfondita del problema e dei dati a disposizione, da consultare nel processo.

L'obiettivo di questa fase non è la perfezione e completa comprensione del problema discusso, bensì l'ottenimento di un livello di conoscenza "sufficientemente buona" per creare soluzioni da testare e validare. È fondamentale coinvolgere pazienti e consumatori dell'ambito sanitario.

Un problema lamentato dai pazienti ambulatoriali potrebbe essere il mancato rispetto degli orari di prenotazione delle prestazioni ambulatoriali. Comprendere i flussi collegati alle prestazioni ambulatoriali e trovare gli elementi che possano portare ad accumulare ritardi nel corso della giornata è fondamentale per identificare delle soluzioni. Se l'ospedale è dotato di un sistema informatico che permette di monitorare la durata delle visite, questo è un esempio di fonte di dati su cui lavorare. È opportuna la nomina di un responsabile per la comunicazione tra la Direzione sanitaria e l'UO in questione per l'ottimizzazione dei flussi.

## 3. Ricerca di soluzioni

Nella creazione di processi in ambito manageriale, si ricorre a soluzioni già esistenti, combinandole o modificandole in maniera inedita per risolvere problemi nel loro settore, piuttosto che inventando qualcosa di completamente nuovo. È una buona idea attingere a fonti diverse, ad esempio documenti prodotti da altri enti, letteratura scientifica o grigia (siti internet, forum, social media), colleghi o persone della propria rete di conoscenze, gruppi di *advocacy* o rappresentanza dei pazienti/cittadini.

Il confronto con altre strutture simili o la ricerca di soluzioni nella letteratura scientifica per migliorare il rispetto dei tempi delle prestazioni ambulatoriali è di aiuto per identificare i punti di debolezza attuali e elaborare nuove soluzioni.

## 4. Pianificare criteri di valutazione e cessazione

Prima di lavorare alla creazione della soluzione, è necessario pianificare come la stessa viene valutata e al verificarsi di quali condizioni il suo sviluppo dovrebbe essere cessato. Stabilire in anticipo i criteri per interrompere un lavoro permette di rendere l'interruzione un'opportunità di sviluppare alternative migliori e minimizzare la perdita di tempo e risorse investiti. È necessario stabilire quali portatori di interesse consultare prima della cessazione di un progetto, che potrebbero essere decisori politici. Il piano per la cessazione dovrebbe includere risorse aggiuntive per approfondire errori e criticità commesse durante il processo e quanto si possa recuperare per lo sviluppo di nuove alternative. I criteri di valutazione sono specifici per ciascun progetto, ma alcuni suggerimenti includono: prove di efficacia (es. *outcome* di salute), efficienza (es. quantità di lavoro in rapporto alle risorse disponibili), accettazione (es. livello di soddi-

sfazione degli utenti finali), portata (es. percentuale degli utenti finali raggiunti), fattori contestuali (es. condizioni facilitanti).

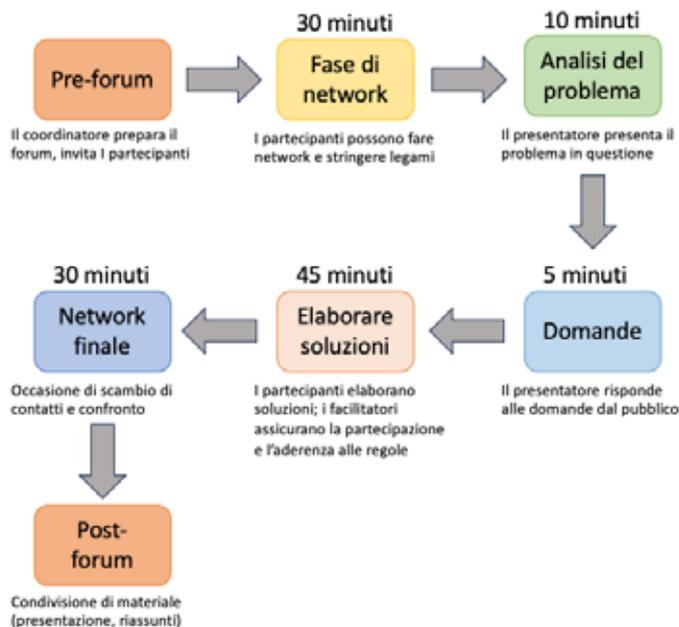
L'identificazione di soluzioni per migliorare il rispetto degli orari delle prestazioni ambulatoriali dovrebbe tenere conto di alcuni paletti da rispettare. Ad esempio, la Direzione sanitaria potrebbe insistere sull'ottimizzazione dei flussi e la riallocazione di professionisti già in servizio, mentre il Direttore di UO potrebbe proporre tra le soluzioni un ampliamento degli spazi a disposizione e l'assunzione di nuovo personale. Qualora si decida di seguire una strada che preveda l'allocazione di nuove risorse, ad esempio una nuova stanza di ambulatorio, è importante concordare che qualora questa nuova soluzione sia dannosa (ad esempio, privazione di spazi ad altre UO, oppure per creazione di ingorgo e confusione in un luogo affollato dell'ospedale creando così complicanze in altri flussi), si receda dal suo utilizzo.

## 5. Ideazione e selezione

La fase di ideazione dovrebbe essere aperta ad una ampia platea di partecipanti, inclusi gli utenti finali e i pazienti. La creazione di flussi di pensiero, costruendo sulle basi elaborate da altri e trascendendo dai confini della realtà presente per chiedere domande ipotetiche del tipo "Come sarebbe se..." è una base per stimolare il pensiero e può portare all'elaborazione di idee innovative. Al fine di ottimizzare l'allargamento del gruppo di lavoro, è necessario reclutare partecipanti per le sessioni di ideazione, facilitare tali sessioni, e registrare le idee emerse. La **Figura 8.2** offre un modello di sessione di lavoro rappresentata dall'*Innovation Forum*, con un disegno di partecipazione strutturato rapido, ingaggiante, e che promuove la condivisione dello spazio e del tempo tra il gruppo di innovatori e gli esperti coinvolti.

In aggiunta, possibili metodi di elaborazione di idee sono i giochi di ruolo, le sessioni di *brainstorming* e l'utilizzo di domande dirette. La fase di ideazione dovrebbe essere priva di giudizi, ma una volta raccolte le idee, i criteri stabiliti nel punto 4 devono essere utilizzati per ridurre la lista di idee raccolte, selezionando le idee meritevoli di essere sviluppate. Alcuni criteri per la selezione delle idee sono: supporto delle idee da parte dei portatori di interesse, costi di implementazione, probabilità che l'idea risolva il problema, scalabilità, fattibilità dell'idea.

Questa fase deve coinvolgere: i medici ed eventuali professionisti sanitari dell'ambulatorio, i medici di Direzione sanitaria coinvolti nella gestione dei flussi e delle liste d'attesa, dei pazienti dell'ambulatorio in



**Figura 8.2** Il processo *Innovation Forum*. Riadattato da Holden RJ, Boustani MA, Azar J. *Agile Innovation to transform healthcare: innovating in complex adaptive systems is an everyday process, not a light bulb event*. BMJ Innovations. 2021;7(2):499-505.

questione. Si possono organizzare delle riunioni o sedute che coinvolgano le diverse parti, durante l'orario lavorativo, per elaborare sulle possibili soluzioni.

#### 6. **Sprint di sviluppo della soluzione innovativa**

Si definiscono *sprint* le sessioni di sviluppo e collaudo di versioni temporanee delle soluzioni elaborate con gli utenti finali del servizio. Questo tipo di approccio permette di creare un servizio imperfetto, ma di qualità sufficiente a permetterne un collaudo restituisce un riscontro da parte dei reali utenti del prodotto/servizio, fondato quindi sulla realtà e non su valutazioni teoriche. È importante ridurre l'intervallo di tempo tra la creazione ed il collaudo per garantire più tempo per future elaborazioni.

Come menzionato al punto 5, si può valutare la possibilità di aggiungere una nuova stanza per l'esecuzione di prestazioni ambulatoriali, per un breve periodo, al fine di valutarne l'impatto e la fattibilità. Tuttavia, è bene anticipare le possibili criticità per valutarle.

#### 7. **Validazione della soluzione innovativa**

Gli *sprint* producono un *minimum viable service* (MVS), che non comprende tutte le funzioni del servizio finale, ma sono utilizzabili per eseguire una valutazione secondo i criteri elaborati al punto 4, preferibilmente in ambienti realistici e da parte degli utenti finali reali. Durante la validazione, è necessario monitorare la presenza di conseguenze indesiderate, benefici inaspettati, e comportamenti emergenti.

Nell'esempio del punto 6, si può valutare l'aggiunta di una stanza per i servizi ambulatoriali anche se questa non presenta tutte le strumentazioni presenti nelle altre stanze (ad esempio, un ecocardiografo): in questo modo, è possibile verificare ugualmente se la creazione di un flusso ad una nuova stanza crea ingorgo o altri problemi logistici, pur senza offrire tutti i servizi offerti nelle altre stanze.

#### 8. **Allestimento di un "pacchetto di lancio"**

Gli innovatori creano un "piano di lancio", che include i dettagli del funzionamento del servizio componenti modificabili per permettere aggiustamenti futuri.

Una volta identificata la soluzione, ad esempio dedicare un pomeriggio aggiuntivo a settimana alle attività ambulatoriali, è necessario definire alcune componenti fondamentali: quanti medici e infermieri occuperanno tale stanza nel tempo aggiuntivo; quali risorse andranno integrate per garantire l'offerta di tutti i servizi disponibili; come comunicare la novità ai pazienti e assicurarsi che non ne siano spiazzati.

In conclusione, creare un servizio che risponda ai bisogni degli utenti finali è la chiave per la sua buona riuscita. L'approccio *Agile Innovation* permette di testare nuovi percorsi prima di introdurli, ma richiede tempo, pianificazione, pazienza, e risorse umane e materiali.

## **Futuro organizzativo: gli ospedali che promuovono la salute**

Nella visione tradizionale della medicina siamo abituati a considerare gli ospedali solo come i più importanti centri per la diagnosi e la cura delle malattie. In realtà, poiché essi sono inseriti all'interno di sistemi sanitari per la tutela della salute estremamente complessi (nel nostro Paese il SSN), gli ospedali sono ambienti organizzativi (*setting*) di per sé orientati anche alla promozione della salute degli individui e delle comunità.

La Carta di Ottawa del 1986 ha definito la promozione della salute come "il processo che mette in grado le persone e le comunità di avere un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla".

La Carta di Ottawa ha indicato tre attività essenziali e cinque azioni strategiche della promozione della salute. Le tre attività essenziali sono le seguenti: difendere, sostenere la causa della salute (*to advocate for health*), per modificare in senso favorevole i fattori politici, economici, sociali, culturali, ambientali, comportamentali e biologici che hanno influenza sulla salute; mettere in grado (*to enable*) le persone e le comunità di esprimere a pieno il loro potenziale di salute; mediare tra gli interessi contrapposti della società (*to mediate*), perché la salute sia sempre considerata nei processi decisionali da parte di tutti i settori della società stessa.

Le cinque azioni strategiche per promuovere la salute sono invece: costruire una politica pubblica per la salute; creare ambienti favorevoli alla salute; rafforzare l'azione della comunità; sviluppare le abilità personali; riorientare i servizi sanitari.

La promozione della salute è quindi un processo globale e intersettoriale, cioè un insieme coordinato di attività finalizzato sia a trasformare le condizioni sociali, ambientali, culturali ed economiche di interi *setting*,

che a modificare conoscenze, abilità e livelli di autonomia delle persone in modo da favorire sempre più la salute delle persone.

Riorientare i servizi sanitari è una delle cinque aree prioritarie d'azione a sostegno della promozione della salute. "Riorientare i servizi sanitari" è un'espressione accattivante, che dà l'idea di un cambiamento positivo, ma rischia di rimanere una scatola vuota se non viene riempita di contenuti pratici. Perché non vanno più bene i servizi precedenti? Cambiare per andare dove e lungo quale percorso? Quali mappe di riferimento utilizzare in questo cambiamento? Quale deve essere il ruolo dell'ospedale in questa importante fase di transizione?

Il riorientamento dei servizi sanitari, richiesto per promuovere la salute, è sintetizzato dallo spostamento di parte dell'enfasi dalla parola "malattia" alla parola "salute". Si tratta di un salto culturale, professionale e organizzativo molto importante, che implica per le organizzazioni sanitarie, e per l'ospedale in particolare, un profondo cambiamento della maniera stessa di strutturarsi e di operare. Si tratta infatti di passare dalla produzione e valutazione di singole prestazioni per singole persone malate alla valutazione degli esiti di salute dell'intera popolazione servita; dalla cura della malattia all'assistenza centrata sui bisogni e sull'autonomia della persona; dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell'approccio; dalla produzione delle singole prestazioni ai percorsi assistenziali integrati tra i diversi professionisti e con le altre componenti della comunità.

Più che un allargamento delle competenze, il riorientamento dei servizi sanitari assomiglia a una radicale innovazione: le persone ritornano a essere più importanti delle malattie e diventano co-artefici della loro assistenza; le strutture sanitarie perdono la tradizionale esclusiva sulla salute e devono interfacciarsi con il resto della comunità.

È evidente che l'ospedale non può restare fuori da questa importante trasformazione dei servizi sanitari, sia per quanto riguarda lo sviluppo delle abilità dei malati e il loro coinvolgimento nella gestione della loro condizione (*empowerment* ed *engagement*), sia per quanto riguarda il ruolo dell'ospedale nella complessiva rete dei servizi sanitari e comunitari.

Il movimento degli "Ospedali che promuovono la salute" (*Health Promoting Hospital* - HPH) nasce alla fine degli anni '80, proprio per delineare una risposta a una sfida che implica importanti cambiamenti culturali, professionali e organizzativi nel modo di operare delle organizzazioni sanitarie e in modo particolare dell'ospedale. Si tratta, in definitiva, di trasformare il monopolio sulla malattia in co-produzione della salute, attraverso un'alleanza tra operatori sanitari, pazienti e altre componenti della comunità, ciascuno con la sua competenza, autonomia, responsabilità e con propri punti di vista, esigenze, aspettative e capacità di percezione della realtà.

È oggi una consapevolezza e una prassi diffusa dare valore all'assistenza della persona piuttosto che insistere solo sulla cura della sua malattia; riconoscere l'importanza di un approccio globale e non perdersi nella frammentazione delle specializzazioni e delle strutture; abbandonare l'illusione meccanicista della "produzione" di prestazioni e orientare i pazienti lungo percorsi assistenziali multiprofessionali e multidimensionali nei quali essi possono spendere la loro autonomia; provare a misurare non solo "i fattori della produzione e i prodotti dell'organizzazione", ma anche gli esiti sui livelli di salute delle persone e delle comunità.

Tuttavia, l'ospedale sembra essere ancora in mezzo al guado, attirato da queste nuove prospettive di *empowerment* ed *engagement* dei pazienti, ma ancorato a un modello assistenziale eterodiretto ("io ti curo"); sempre più connesso e inserito nei percorsi assistenziali, ma ancora in difficoltà nel governare ammissioni e dimissioni in modo coordinato con le altre strutture sanitarie territoriali. La promozione della salute in ospedale richiede un cambio di prospettiva che aggiunga valore e ne integri le tradizionali funzioni, ma che tracci, allo stesso tempo, un percorso di revisione che non può che essere lungo e faticoso.

Sono tre i temi generali che un ospedale che promuove la salute dovrebbe far propri nel suo riorientamento.

Il primo riguarda il modello di assistenza sanitaria. Riorientarsi significa darsi una leadership e una governance adeguate in cui diventare un HPH sia una strategia chiara. Significa darsi strategie e standard nel management e nel miglioramento della qualità; porre attenzione al concetto di ottimalità economica; costruire una vera assistenza sanitaria basata sui pazienti; puntare a creare una cultura e una gestione del cambiamento; integrarsi con tutti i servizi sanitari e socio-sanitari non ospedalieri.

Il secondo tema riguarda la promozione della salute in senso stretto. Ciò significa sviluppare programmi specifici (es. tabacco, alcol/drogha, nutrizione ed esercizio fisico, violenza, ecc.); programmi a tutela della

popolazione vulnerabile (es. bambini, anziani, migranti, con problemi di salute mentale, ecc.); programmi connessi all'ambiente organizzativo o *setting* (es. tutela dell'ambiente di lavoro, sicurezza dei pazienti e dei lavoratori, costruzione di nuove competenze, capacità di costruire reti e alleanze, ecc.); programmi di comunicazione e di alfabetizzazione sanitaria; diffusione di metodologie e tecniche per la promozione della salute.

Il terzo tema riguarda il contributo alla soluzione di problemi sociali critici. Ciò significa affrontare i temi ecologici e ambientali (gli ospedali sono sicuramente strutture ad altissimo potenziale inquinante); confrontarsi con le differenze culturali che emergono dalle variazioni della struttura della popolazione; tenere conto dell'invecchiamento della popolazione; accettare le sfide della digitalizzazione e dell'intelligenza artificiale.

Molti dei temi generali sono considerati anche da un management classico di derivazione imprenditoriale e aziendale. Negli ospedali, però, la sfida è quella posta dalla Carta di Ottawa: e ciò richiede una nuova cultura dei manager, dei professionisti e dei cittadini.

Il Direttore sanitario aziendale e il Dirigente medico di Presidio possono avere un ruolo determinante in questo processo di riorientamento. La loro cultura medica e di sanità pubblica ne fa un motore per arricchire il management di contenuti più chiaramente orientati alla tutela della salute; all'equità, alla lotta alle disuguaglianze e alle variazioni ingiustificate dell'assistenza; alla produzione di servizi sanitari integrati e non solo di prestazioni; alla misurazione di esiti per la salute e non solo di processi; a una visione degli aspetti economici orientati al concetto di ottimalità.

La scelta del legislatore di non esplicitare completamente il ruolo del Direttore sanitario e del Dirigente medico di Presidio va considerata un'opportunità e non un limite alla loro possibile azione. Dirigere un ospedale attraverso un management moderno significa essere in grado di utilizzare in modo combinato il potere forte (*hard power*) della gerarchia con il potere intangibile (*soft power*) dell'influenza, della persuasione e dell'attrazione.

Immense praterie sono aperte per chi voglia accettare la sfida!

## Bibliografia

- Plesek PE, Greenhalgh T. *Complexity science: The challenge of complexity in health care*. BMJ. 2001;323(7313):625-8.
- Murray CJ, Frenk J. *A framework for assessing the performance of health systems*. Bull World Health Organ. 2000;78(6):717-31.
- Densen P. *Challenges and opportunities facing medical education*. Trans Am Clin Climatol Assoc. 2011;122:48-58.
- Holden RJ, Boustani MA, Azar J. *Agile Innovation to transform healthcare: innovating in complex adaptive systems is an everyday process, not a light bulb event*. BMJ Innovations. 2021;7(2):499-505.
- Agar M. *Complexity Theory: An Exploration and Overview Based on John Holland's Work*. Field Methods. 1999;11(2):99-120.
- Di Pumpo M, Sommella L, Damiani G. *Networks as a way to hospital and primary/community care integration: findings from a narrative review of the main international models*. Ig Sanita Pubbl. 2023;80(2):27-48.
- Favaretti C, Cicchetti A, Guarrera G, Marchetti M, Ricciardi W. *Health Technology Assessment in Italy. Intl.J.of technology assessment in health care*. 2009;25(Supplement 1):127-133.
- Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M., Bauer G.F., Pelikan J.M., Lidström B., Espnes G.A. (a cura di). *The handbook of salutogenesis*. Cham (CH): Springer; 2017. p.461.
- Kokko S., Baybutt M. *Handbook of setting-based health promotion*. Berlino: Springer; 2022. p. 289.

### Libero Accesso

Questo capitolo è concesso in licenza d'uso gratuita, consentendone l'utilizzo, la condivisione, l'adattamento, purché si dia credito adeguato all'autore originale e alla fonte.

Le immagini o altro materiale di terze parti in questo capitolo sono e restano di proprietà della casa editrice, salvo diversamente indicato.

L'uso del capitolo è quindi consentito all'interno delle norme di legge a tutela del detentore del copyright.

**La Edizioni Idelson Gnocchi 1908 si riserva comunque anche di mettere a stampa l'intera opera, offrendola al mercato a titolo oneroso, secondo i consueti canali di vendita sul territorio.**

