



Università di Ferrara
fondata nel 1391

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale

Modulo

“Outcomes organizzativi in ambito sanitario”

Dott.ssa Grigatti Clementina



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI FERRARA
- EX LABORE FRUCTUS -



Obiettivo generale:

Sviluppare la capacità di analisi degli outcomes organizzativi

Obiettivo specifico

Sviluppare le capacità di:

- progettazione di percorsi clinico assistenziali**
- Gestione per processi**
- Analisi degli outcomes organizzativi**
- Programmazione e gestione del personale**



Contenuti:

-La gestione per processi

-Processi professionali e percorsi clinico assistenziali

-La progettazione dei percorsi clinico assistenziali

-La valutazione dei percorsi attraverso l'analisi degli outcomes organizzativi

-La programmazione e la gestione del personale



La gestione per processi

La gestione per processi comporta che l'analisi, la valutazione e la programmazione dell'organizzazione aziendale siano incentrate su insiemi di attività collegate che danno luogo a determinati risultati.

Si stabilisce una catena fornitore – cliente, che si chiude con il cliente finale che riceve il prodotto finale.



In un processo così inteso si tiene conto che ogni attività genera un *output* di prodotti e di informazioni che rappresentano l'*input* di una attività successiva.

Secondo l'approccio di processo, di ogni attività vanno quindi individuati i fornitori e i clienti; il responsabile di ogni fase del processo dovrebbe chiarire le caratteristiche dell'*input* (che cosa dovrebbe aver fatto il fornitore) e tenere presenti sia i bisogni sia del cliente immediatamente successivo sia quelli del cliente finale.



Un semplice esempio di processo in un ospedale è il seguente: il clinico di una unità organizzativa è il cliente interno che richiede un'indagine ematochimica; il laboratorio è il fornitore interno e, a sua volta, è il cliente interno della farmacia o del servizio di approvvigionamento, i quali sono, a loro volta, fornitori interni del laboratorio e clienti di fornitori esterni che li riforniscono di reagenti, farmaci, vetrerie, ecc.

Il clinico è il cliente interno che riceve il referto con il risultato, referto che per questo processo limitato (la sola esecuzione di un'indagine ematochimica) è il risultato finale.



Raramente il processo relativo alla diagnosi e al trattamento di un problema di salute in una organizzazione sanitaria è trattato da un solo professionista o da professionisti di una sola disciplina.

Per lo più vi contribuiscono più professionisti della stessa disciplina, più discipline, più categorie professionali, più unità organizzative e talvolta anche più organizzazioni (Kaplan e Murdock, 1991).



Più aumentano la varietà e la specializzazione dei contributi, più sono le “interfacce” tra organizzazioni, più quindi aumenta il rischio di difetti di continuità e di integrazione, più diventa utile l’approccio per processi.

L’analisi delle attività che costituiscono un processo complesso porterebbe spesso ad accertare che i risultati dipendono in gran parte dal 20% delle attività. La maggior parte delle attività quindi avrebbe scarso valore aggiunto.



Il punto di partenza è sempre la definizione del valore secondo la prospettiva del cliente/ paziente. Valore è solo quello che il cliente è/sarebbe disposto a pagare; tutto il resto è spreco, e va eliminato . (“Lean thinking” J. P. Womack e D.T. Jones 2008).

Ecco quindi l'esigenza di riconsiderare la propria struttura organizzativa e soprattutto il processo complessivo degli atti aziendali, se siano effettivamente rivolti alla produzione di valore nell'ottica del cliente/paziente finale.



Nell'analisi del processo si cerca di rispondere a queste quattro domande:

1. Che benefici riceve il cliente finale dall'intero processo?

Se i vantaggi sono scarsi o assenti, si può considerare la possibilità di eliminare il processo.

In campo clinico è fondamentale chiedersi quale sia alla fine di un processo il valore aggiunto per il paziente, cioè che cosa il paziente “porta a casa” come modificazione dello stato di salute (ad esempio diminuzione del dolore o aumento della sopravvivenza) o come riduzione dei fastidi (ad esempio diminuzione degli accessi per la diagnosi).



Nell'analisi dei processi non basta ottimizzare i meccanismi di creazione del valore all'interno della propria UO, ma bisogna avere la capacità di guardare all'intero sistema di produzione e di distribuzione del valore (intra ed extra aziendale).

Il vincolo da rimuovere è l'organizzazione funzionale che tende a una visione spezzettata per compartimenti tra i diversi centri decisionali.



Senza una forte integrazione che dia fluidità e continuità alla sequenza di decisioni e operazioni non si può parlare di processo.

Di qui l'esigenza di attuare soluzioni organizzative che diano visibilità e organicità all'intero processo aziendale, ad esempio con l'istituzione di centri di coordinamento orizzontale come i responsabili di processo, in grado di assicurare l'unità del coordinamento e della responsabilità decisionale.



La gestione per processi rappresenta un fondamentale strumento di coordinamento e di orientamento verso i risultati.

Può servire ad aumentare la congruità tra le attività svolte e le finalità dell'azienda.

Dei processi si possono considerare:

- la valutabilità, che dipende da quanto durante il processo vengono generati i dati con cui costruire indicatori di attività e di risultato;
- la flessibilità, ossia la facilità con cui si possono modificare attività e tempi per adattarli al cambiamento dei bisogni dei clienti (utenti), interni ed esterni;
- la costanza o riproducibilità, ossia la capacità di dare origine al medesimo prodotto/ prestazione nel periodo considerato in assenza di cause di variazioni straordinarie;



- l'efficacia o grado di raggiungimento degli obiettivi; per i processi rappresentati dal trattamento di una condizione patologica riguarderà il raggiungimento dei migliori esiti di salute (outcomes clinici) possibili date le conoscenze esistenti e le risorse disponibili;
- l'efficienza o rapporto tra i risultati ottenuti e le risorse utilizzate; in sanità, si possono distinguere una efficienza economica, in cui le risorse usate (i costi) vengono messe in rapporto con gli esiti di salute, ed una efficienza operativa, in cui le risorse usate vengono messe in rapporto con il volume di prestazioni generato.



2. Ci sono disomogeneità nel modo di attuare il processo?

Considerare se vi sono differenze sia tra le unità organizzative della stessa azienda (se vi sono più unità organizzative che effettuano lo stesso processo o la stessa fase di un processo), sia tra professionisti, sia tra periodi diversi all'interno della stessa unità organizzativa.

E' utile in particolare chiedersi se ci sono occasioni in cui le cose sembrano funzionare molto meglio del solito.

Se ci sono, ci si può proporre di descrivere bene la sequenza di attività per poi generalizzarla.



3. Si possono ridurre i tempi?
4. Sono disponibili informazioni su quello che fanno le migliori organizzazioni simili?

Se sì, vale la pena di imitarle?



In economia aziendale si dice che un'attività aggiunge valore se:

- è conforme alle aspettative o alle richieste dell'utente;
- non è ridondante o superflua, ad esempio non è effettuata per riempire in qualche modo le attese tra le prestazioni necessarie;
- non è duplicata; tenere conto che le duplicazioni sono frequentemente dovute a difetti nella trasmissione delle informazioni;
- non è eliminabile mediante l'utilizzo di nuove tecnologie;
- è economica, nel senso che il costo non dovrebbe superare il valore prodotto.



Per individuare le attività poco utili o le cosiddette criticità, si può concentrare l'attenzione su:

- eventuali arretrati sistematici di lavoro eliminabili, ad esempio liste di attesa; gli arretrati sistematici comportano non solo ritardi, ma anche compiti inutili, ad esempio per redarre elenchi o rispondere alle sollecitazioni o stabilire le priorità;
- controlli o compiti aggiuntivi introdotti da molto tempo per ridurre rischi di errore forse non più presenti;



- passaggi di consegne;
- spostamenti di persone e materiali;
- misure prese per far fronte ad eventuali picchi di lavoro o a eventi rari imprevedibili; in questo caso ci si dovrebbe chiedere se si può rendere il carico di lavoro più costante, se si possono ridurre gli eventi imprevedibili, se si può ricorrere nelle emergenze a personale reperibile o a personale collegato a agenzie esterne, se si può formare il personale impegnato in altri compiti ad affrontare anche le prestazioni rare;



- grado di chiarezza dei rapporti coi fornitori;
- grado di chiarezza e di completezza delle informazioni date ai clienti (ai pazienti e ai loro familiari);
- superfluità, scarsa chiarezza o mancato aggiornamento di documenti, moduli, procedure, linee guida;
- al contrario, mancanza di procedure o linee guida che potrebbero dare chiarezza ed uniformità al processo;
- rilevazioni di dati (con cui costituire indicatori di risultato) incomplete, inaccurate, mancanti.



I 7 tipi di spreco – Lean Thinking





Per quanto riguarda la possibile riduzione dei tempi di esecuzione del processo, è importante considerare se:

- si possono diminuire i tempi di esecuzione delle singole attività. Nell'analisi della durata delle diverse attività e fasi è opportuno distinguere i tempi di lavorazione (tempo reali di "produzione") dai tempi di movimentazione e di attesa;



- si può ridurre il tempo complessivo di “attraversamento” del processo con lo spostare il momento di esecuzione di alcune attività o mediante la loro **esecuzione in parallelo** (almeno in parte contemporaneamente) anziché in serie (una dopo l’altra).

Inoltre ci si dovrebbe chiedere se non si possano ridurre i disagi del paziente o i rischi che può correre, sempre grazie alla modifica del momento di esecuzione di alcune attività.



Un altro aspetto da considerare è la sede delle attività, che può influenzare i tempi, i costi e l'efficacia.

Si pensi all'alternativa tra ricovero ordinario e day hospital o tra assistenza solo primaria e assistenza anche o solo specialistica.

Ogni volta che sia pertinente è opportuno chiedersi se ci sono differenze tra medici nei criteri di trasferimento dall'assistenza primaria a quella specialistica o nei criteri di presa in carico o nei criteri di scelta del tipo di ricovero (day hospital o ordinario).



Si può inoltre:

- chiedere ai fruitori del prodotto finale, che si tratti di clienti interni od esterni, di indicare quali sono i requisiti per loro più importanti del “prodotto” e paragonarli con quelli raggiunti nella situazione in atto;
- chiedersi se tutti gli operatori che svolgono le attività che compongono il processo sanno che cosa devono fare e se lo sanno fare;
- chiedersi se si può rendere più gradevole o almeno meno disagevole ogni attività dove il paziente o il cittadino cliente sono presenti.



Il punto successivo su cui focalizzare il processo è la domanda. Oggi la domanda appare sempre più instabile non solo sotto il profilo quantitativo (liste di attesa), ma anche sul piano della modifica dei bisogni sanitari.

Se si riesce a rispondere alla domanda di servizi e prestazioni solo quando essa si presenta allora diventa possibile eliminare una grande quantità di sprechi.

Gli sprechi sono legati a scorte di materiali (scorte di magazzino, armadi farmaceutici) e risorse (dotazioni organiche delle diverse specialità) che sono in attesa della domanda, che potrebbe arrivare anche dopo molto tempo.



Si possono distinguere due tipi di cambiamento dei processi:

1. la **riprogettazione migliorativa o incrementale**; di solito si basa sull'analisi del processo in esame ed è del tipo cosiddetto *bottom up*, cioè con elevato coinvolgimento di chi esegue il processo;

2. la **riprogettazione innovativa o reingegnerizzazione**.
Si ha quando, o perché la situazione sembra molto insoddisfacente o perché si è venuti a conoscenza di pratiche diverse notevolmente migliori o perché sono apparse innovazioni tecnologiche, si decide di sostituire il vecchio processo con un processo nuovo radicalmente diverso.



Nel 2° caso non è così necessario analizzare il processo in atto e il contributo di chi esegue il processo è meno determinante. Alcuni dei progettisti del nuovo processo possono essere anche esterni all'azienda, anche se il coinvolgimento di chi poi dovrà eseguire il nuovo processo è ovviamente opportuno.



	MIGLIORAMENTO INCREMENTALE	MIGLIORAMENTO INNOVATIVO O REINGEGNERIZZAZIONE
Approccio	Cambiamenti limitati, interventi parziali	Cambiamenti radicali, interventi estesi
Urgenza	Di solito minore	Di solito maggiore
Impostazione	<i>Bottom up</i>	<i>Top – down</i> , con coinvolgimento degli operatori
Gestione	Cambiamento graduale spesso con sole forze interne	Cambiamento globale spesso con contributi esterni



	Metodo Lean			
Tipo di Spreco	JIT	JIDOKA	TPM	WO
Sovrapproduzione	+++	+	+	
Difetto	+	+++	+	+
Scorta Inutile	+++	+		
Movimento Inutile	+		++	+++
Trasporto	+++			
Processo Inutile	+		++	+++
Attesa	+++		+++	

JIT just in time, Jidoca bloccare e risolvere, TPM manutenzione produttiva, WO organizzazione del posto di lavoro



Esempi di sovrapproduzione

- Preparare in farmacia troppi farmaci richiesti dal reparto
- Programmare troppi interventi nella giornata/periodo
- Portare i pazienti troppo presto in diagnostica o sala operatoria

Conseguenze negative della sovrapproduzione:

- Aumento scorte di farmaci e/o dispositivi medici
- Aumento liste di attesa
- Rallentamento del flusso generale
- Disservizi al paziente e ad altri clienti interni
- Aumento di costi indiretti quali trasporti e movimentazioni



Scorte inutili

Scorta può essere un insieme di farmaci in un magazzino, in un armadietto di reparto, così come un insieme di documenti, file e perfino una coda di pazienti.

Cause tipiche delle scorte:

- Sincronizzazione lungo i processi (sovraproduzione)
- Lunghi tempi di change-over
- Colli di bottiglia nel flusso/percorso/processo
- Parti del processo che introducono difettosità
- Mentalità di accettare come fisiologica la scorta o le code
- Credere che le scorte di prodotti possano dare più servizio ai pazienti

La troppa scorta nasconde i problemi non li risolve



Trasporti

Un eccesso di scorte o code pazienti porta ad un aumento dei trasporti

I trasporti riguardano:

- Spostamenti di farmacie dispostivi all'interno/esterno dell'ospedale
- Trasporti di pazienti da un reparto ad un altro
- Trasporti di documentazione/ invio files



Esempi di Difetti

Infezioni

Rifacimenti di diagnosi, terapie, etc.

Referti sbagliati

Scarti di farmaci e dispositivi monouso per errori

Meeting e riunioni inefficaci



Movimenti inutili

Spreco legato all'eccessivo movimento del personale

Esempi:

- Personale che va da una parte all'altra alla ricerca di strumenti, documenti, etc.
- Personale che si muove troppo attorno alla postazione(es. tavolo operatorio).

Movimenti sbagliati possono mettere a rischio sia la sicurezza del personale sia del paziente

Cause:

- Scarsa progettazione del layout e della postazione
- Personale con scarso training e skills
- Scarso coinvolgimento del personale
- Scarso ordine
- Attività svolte in aeree isolate



JIT just in time

Il Primo passo da compiere per la messa a punto del sistema riguarda la rimozione dalla postazione di lavoro di tutto ciò che non serve al processo produttivo in corso.

La corretta applicazione di questo punto permette di utilizzare in modo ottimale lo spazio disponibile, ridurre le perdite di tempo per la ricerca dei materiali, delle attrezzature e dei documenti; inoltre garantisce il rispetto dei principi del JIT, cioè disporre di ciò che serve al momento giusto.

Di conseguenza si ottiene una riduzione di problemi e interferenze nel flusso lavorativo, una maggiore qualità del servizio e un aumento della produttività.



JIT just in time

Grazie a questo si comprende ciò che è effettivamente utile.

Durante la fase di separazione tra ciò che utile e non utile, si deve anche considerare quanto frequentemente viene utilizzato.

Pensiamo alle nostre realtà lavorative

I reparti, corsie, sale operatorie, laboratori e perfino le vie di fuga diventano più angusti.

Cassetti, armadietti, depositi sono pieni di tutto.

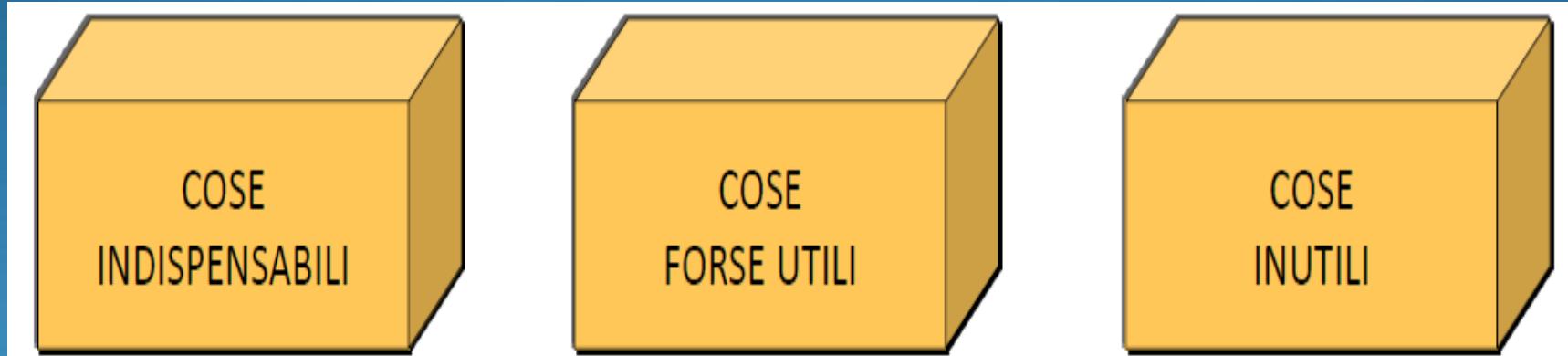
Attrezzi e strumenti medici in buone o cattive condizioni sono mescolati.

Si hanno quantità non adeguate di farmaci e di dispositivi medici.

Il materiale è nei posti più scomodi.



La tecnica delle 3 scatole





LE COSE UTILI CHE RIMANGANO VANNO SISTEMATE IN MODO DA ESSERE FACILMENTE TROVARE, UTILIZZATE E RIPOSTE

- Codificare, etichettare gli oggetti
- Riorganizzare spazi, scaffali, armadietti, etc.
- Disporre gli oggetti secondo la frequenza d'uso:

BASSO USO (una volta ogni 6 ed oltre mesi) –

Locazione: magazzini, scaffalature centralizzate e distanti dal posto di lavoro

MEDIO USO (una volta al mese, ogni 2-3 mesi) –

Locazione: magazzino di reparto o di UO

ALTO USO (quotidiano o settimanale) –

Locazione: sul posto di lavoro



Una volta messo tutto in ordine, occorre anche considerare Norme di pulizia e d'igiene della postazione di lavoro e di ogni parte della struttura.

Pulire e sanificare periodicamente, evitare fonti di contaminazione e d'infezioni.

Cose molto scontate in sanità ...

però riflettiamo sul miglioramento delle condizioni di lavoro e su come rendere più agevoli e veloci i punti di sanificazione e pulizia ... rendendo al tempo stesso più efficace la pulizia.



Il change-over (tempo che intercorre tra il trattamento di un paziente ed un altro) porta a vari sprechi quali:

- Rallentamenti sul percorso paziente
- Formazione di code con tempi di attesa
- Tendenza a lavorare per 'lotti' (gruppi di pazienti trattabili similmente, campioni simili, etc.)
- Perdite di produttività personale e infrastrutture ospedaliere (es. Sala operatoria, TC, etc.)

Come ridurre il Change-Over?



- Fare più attività possibili in parallelo durante il precedente intervento (attività interna = ogni attività che possiamo fare soltanto a processo spento; attività esterna = ogni attività che possiamo svolgere mentre è ancora presente il paziente precedente)
- In sala operatoria si possono ad esempio adottare soluzioni quali:
 - Migliorare i sistemi di movimentazione paziente
 - Predisporre carrelli personalizzati per intervento
 - Rendere più agibili le connessioni a i gas medicali, rete, etc.
 - Rendere più agevole la pulizia e sterilizzazione



Percorso operativo

- Formazione
- costituzione di un team
- selezione processo (es. blocco operatorio)
- raccolta dati iniziali e filmato del change over
- rilievo ed osservazione filmato
- analisi delle varie attività di change over
- separazione delle attività (preparatorie, sostituzione, regolazione)
- conversione di attività da interne ad esterne
- eliminazione attività inutili
- miglioramento attività interne ed esterne rimaste
- standardizzazione tramite istruzione o procedura scritta



Efficienza ed efficacia dei processi

$$\text{Disponibilità (Availability)} = \frac{\text{uptime}}{\text{uptime} + \text{downtime}}$$

(tempo totale disponibile del blocco)

Cause del downtime:

- Guasti
- Set-up (Change Over)

$$\text{Velocità o Efficienza (Efficiency)} = \frac{\text{interventi svolti}}{\text{interventi programmati}}$$

Cause della riduzione velocità

- Perdite di tempo del personale
- Sbagli di programmazione

$$\text{Qualità (Rate of quality)} = \frac{\text{Interventi svolti senza nc}}{\text{Interventi svolti}}$$

Tipologie di nc

- Infezioni
- Complicazioni post intervento



**VALUE ADDED = EFFICACIA + EFFICIENZA NELLE
ATTIVITA'**

Valore Aggiunto è trasformazione di un input in output/
outcome

Però la trasformazione deve dare luogo a qualcosa a cui il
paziente associa valore(efficacia + efficienza)



KAN BAN

- Strumento pratico del concetto di Just in Time
- Logica "Pull"
- Kan-Ban significa letteralmente Cartello

L'essenza del concetto di Kan ban è che un magazzino deve consegnare farmaci per i reparti solo quando questi servono realmente, non devono esistere scorte



KAN BAN

- Consumo storico di materiali (D)
- Tempo di approvvigionamento (TC)
- Livello di Sicurezza (SS)

$$(D \times TC) + SS$$



TPM Manutenzione Produttiva

La manutenzione Produttiva delle apparecchiature mediche è fondamentale per:

- Non rallentare il flusso paziente
- Poder sempre rispondere in tempi certi anche in situazioni di emergenza

La manutenzione totale deve essere di tipo preventivo tramite 2 grandi azioni:

- Manutenzione professionale (ingegneria clinica, aziende esterne)
- Manutenzione autonoma da parte del personale



Il personale quotidianamente:

Mantiene pulita e sanificata l'attrezzatura e le macchine ospedaliere

Effettuano regolazioni ed ispezioni di base

Gli operatori possono individuare problemi alle macchine usando i loro sensi senza sofisticati strumenti, in particolare:

- Vedendo direttamente zone danneggiate
- Toccando direttamente le parti con le mani mentre puliscono (es. individuazione zone troppo calde, con correnti superficiali disperse, etc.)
- Sentendo rumori strani
- Sentendo odori strani
- Leggendo anomalie di funzionamento tramite strumenti ed allarmi a bordo della macchina stessa
- possono attaccare una cartellino di segnalazione per i professionisti della manutenzione



Jidoca bloccare e risolvere

Quando insorgono problemi, immediatamente o all'inizio di un nuovo turno, il team deve risolverli in 10-15 minuti massimi.
Per ogni problema si utilizza il PDCA

- Problema preso in carico e causa trovata
- Soluzione implementata
- Problema risolto
- Lezione imparata e condivisione del percorso



Processi professionali e percorsi clinico assistenziali

Per processi professionali si intendono quelli in cui sono preminenti le attività dei professionisti sanitari.

Processi professionali in campo diagnostico terapeutico ed assistenziali, ma si sottolinea che la trattazione dei processi in campo preventivo sarebbe molto simile.

Può essere considerato un processo o meglio un macroprocesso la intera gestione di una malattia, dal primo contatto fino alla fine del follow-up; ma può essere considerato un processo, o meglio un microprocesso, una piccola parte di essa, come la semplice accettazione in reparto; questo processo a sua volta può essere suddiviso in attività elementari o compiti, ad esempio l'accompagnamento dei nuovi ingressi al loro letto o la prescrizione dei primi esami diagnostici.



Processi professionali e percorsi clinico assistenziali

La gestione dei processi professionali quindi può riguardare:

- singole prestazioni ospedaliere;
- singole prestazioni extraospedaliere;
- problemi di salute limitatamente alle attività ospedaliera (ambulatoriali, ricovero ordinario, ricovero diurno);
- problemi di salute limitatamente alle attività svolte nei servizi di assistenza primaria o territoriali (medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, consultori, ecc.);
- problemi di salute nella loro gestione sia territoriale, sia ospedaliera.



Interventi di valutazione e miglioramento di specifiche prestazioni possono essere utili, ma vi è ormai un ampio accordo che sono opportuni approcci più ampi, sistematici, capaci di interessare contemporaneamente più prestazioni e più dimensioni (qualità professionale, organizzativa e relazionale).

Tra i diversi approcci il più promettente sembra essere quello basato sullo sviluppo e sulla attuazione dei percorsi assistenziali (Di Stanislao e Noto, 1999; Every et al, 2000), approccio che si colloca nell'ambito del *Disease Management*.

Il movimento noto come Disease Management si propone di far sì che l'assistenza rivolta a un problema di salute sia il più possibile omogenea, coordinata, comprensiva.

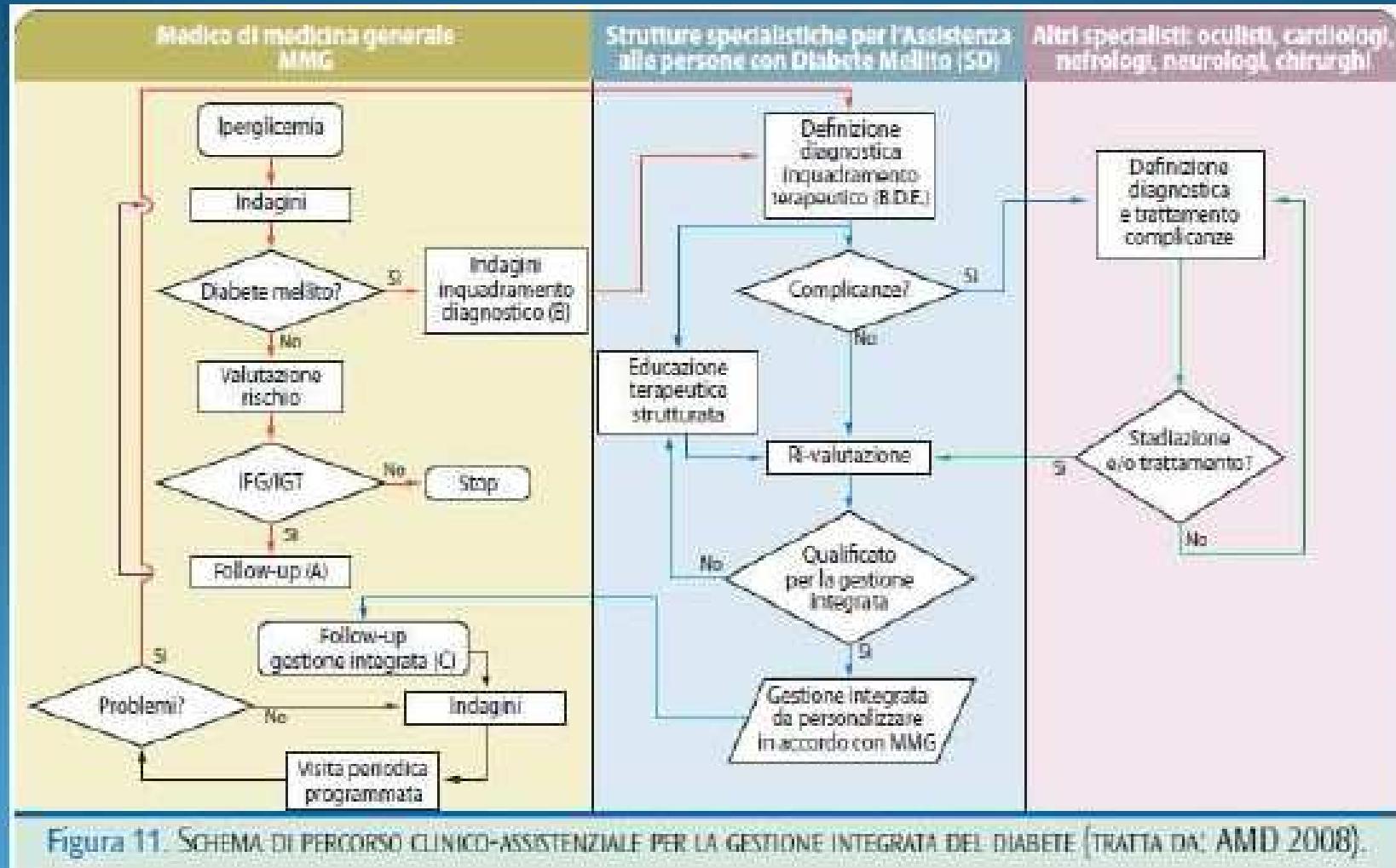
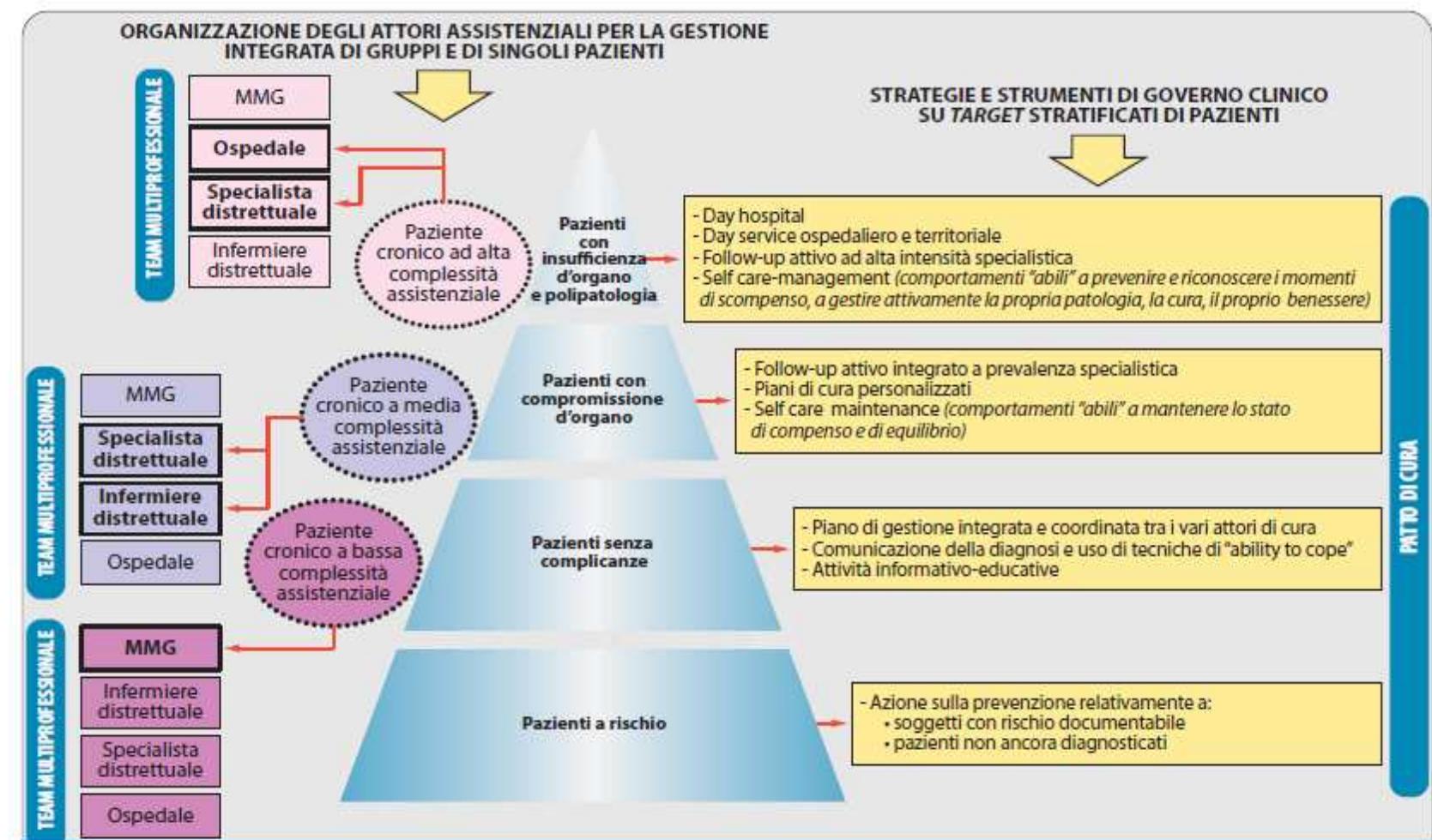


Figura 11. SCHEMA DI PERCORSO CLINICO-ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE INTEGRATA DEL DIABETE (TRATTA DA: AMD 2008).



La gestione integrata





Si definisce percorso assistenziale il macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute. Si può considerare un sinonimo di **percorso diagnostico-terapeutico**, ma la parola assistenziale include anche l'assistenza alla persona per la cura di sé e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

Idealmente la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe riguardare sia la componente territoriale, sia quella ospedaliera.

La natura dell'azienda sanitaria, le risorse disponibili, le maggiori o minori possibilità di coinvolgimento dei professionisti portano però spesso a limitarsi al campo ospedaliero o territoriale, almeno inizialmente. Va sempre comunque presa in esame l'interfaccia tra i due.



I percorsi assistenziali (in inglese per lo più *clinical* o *critical pathways*) possono essere definiti come piani multidisciplinari ed interprofessionali relativi ad una specifica categoria di pazienti in uno specifico contesto locale e la cui attuazione è valutata mediante indicatori di processo e di esito.

Si potrebbero anche considerare linee guida clinico-organizzative.

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie nei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.



Categoria sprechi	% sprechi	Mld di €
1. Sovra -utilizzo di interventi sanitari inefficaci e inappropriati	26%	5,72
2. Frodi e abusi	21%	4,62
3. Tecnologie sanitarie acquistate a costi eccessivi	19%	4,18
4. Sottoutilizzo di interventi sanitari efficaci e appropriati	12%	2,64
5. Complessità amministrative	12%	2,64
6. Inadeguato coordinamento dell'assistenza	10%	2,20



E' necessario collegare sempre le attività in ogni fase del percorso (es. ambulatorio preoperatorio, giornata di ricovero, dimissione, follow – up) ad outcome attesi di miglioramento della salute del paziente.

Outcome intermedi: definizione diagnostica, educazione malattia, preparazione all'intervento, stabilizzazione clinica, mobilizzazione precoce, etc.

Outcome finali: riduzione di mortalità, morbilità e disabilità, miglioramento della qualità di vita e della qualità percepita, ripristino della capacità lavorativa.



Per un buon percorso assistenziale è necessario che:

- vi sia un approccio interprofessionale, multidisciplinare;
- le raccomandazioni professionali siano il più possibile basate sulle evidenze scientifiche;
- vi sia l'adattamento e la condivisione locale del piano;
- il percorso sia suddiviso in fasi di durata definita;
- sia specificata la sequenza degli atti dei professionisti coinvolti (chi deve fare che cosa quando) nelle diverse fasi;
- sia valutata l'attuazione del percorso mediante validi indicatori di processo e di esito; sia promosso il coinvolgimento degli utenti.

I percorsi assistenziali possono essere considerati gli strumenti di coordinamento ed integrazione per “favorire la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse”.



Negli ultimi dieci anni è diventato essenziale tenere conto, nella formulazione dei percorsi assistenziali, dei principi della “*Evidence-Based Medicine*” (EBM).

L'opportunità dello sviluppo e dell'applicazione di percorsi assistenziali è stata sostenuta recentemente anche dal comitato di esperti (Committee on the Quality of Health Care in America) convocato dal Institute of Medicine americano.

La relazione sottolineava che in soli 10 anni più di 70 pubblicazioni su riviste mediche prestigiose avevano documentato l'esistenza di grosse variabilità e di gravi problemi di qualità nei servizi sanitari americani e raccomandava lo sviluppo di percorsi assistenziali il più possibile basati sulle evidenze scientifiche, almeno per le condizioni più comuni.



Il Comitato suggeriva anche di:

- favorire mediante i percorsi la collaborazione tra discipline e lo scambio di informazioni tra i professionisti e tra i professionisti e i pazienti;
- dare grande rilievo, nello sviluppo dei percorsi assistenziali, alla gestione dei rischi per i pazienti;
- mettere a disposizione degli utenti illustrazioni divulgative dei percorsi assistenziali in atto;
- favorire l'accesso di medici e utenti alla letteratura medica;
- adottare metodi di pagamento e di incentivazione (noi diremmo di budget) capaci di rimuovere gli ostacoli all'integrazione delle prestazioni e di incoraggiare i miglioramenti;
- promuovere lo sviluppo dell'automazione nella rilevazione delle informazioni, ad esempio degli esami di laboratorio e delle prescrizioni farmaceutiche.



Si possono distinguere nel nostro paese due diversi approcci alla attuazione dei percorsi assistenziali.

Nel primo, si parte dai dati della letteratura scientifica sull'efficacia degli interventi, si descrive quello che si fa e poi si costruisce un percorso che elimini le principali discrepanze tra quello che si fa e quello che si dovrebbe fare alla luce delle evidenze scientifiche.

In questo approccio si dà più importanza alla qualità professionale e all'efficacia che alla qualità organizzativa e all'efficienza.

All'interno del primo approccio si possono distinguere due tendenze, per altro simili: nella prima si analizza in modo più dettagliato la letteratura scientifica e si dà meno peso al coinvolgimento dei professionisti locali, nella seconda si considerano prevalentemente le informazioni per così dire predigerite, ad esempio le raccomandazioni di linee guida ben fatte e si è molto attenti al coinvolgimento dei professionisti.



In un altro approccio invece si parte dall'esistente, ci si chiede in quali circostanze il processo assistenziale è più efficiente e consuma meno risorse e ci si chiede se esso includa gli interventi di maggiore efficacia alla luce delle evidenze scientifiche solo dopo, quando si prova a generalizzarlo.

In questo approccio si dà relativamente più importanza alla qualità organizzativa e all'efficienza che alla qualità professionale e all'efficacia. Questo approccio promette di migliorare di più l'efficienza, ma può far correre il rischio di cristallizzare pratiche poco efficaci.

Comunque la differenza tra i tre approcci sono in corso di attenuazione; nessuno ormai pensa che basti coinvolgere uno o due professionisti entusiasti per realizzare un percorso assistenziale e nessuno che si posa fare a meno di occuparsi di qualità professionale e quindi di fare riferimento all'EBM.



La ricostruzione ed analisi dei percorsi assistenziali, come di qualunque processo, permette di identificare lentezze e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili.

La scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi obbliga a chiarire i criteri clinici e organizzativi applicati per inserire o “arruolare” l'utente in una fase e per “trasferirlo” alla fase successiva.

Rispetto ad altre forme di gestione per processi, i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di dare importanza fondamentale ai criteri di appropriatezza professionale degli interventi e agli esiti di salute e quindi di richiamare l'attenzione sul fatto che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (i prodotti o *output*), ma gli esiti (gli *outcome*).

In effetti la diffusione dei percorsi assistenziali è stata favorita dall’ “onda della EBM” che ha reso più disponibili e più accettabili revisioni sistematiche e linee guida che tengono conto delle evidenze scientifiche.



I percorsi assistenziali sembrano anche capaci di influenzare la pratica clinica e di influenzarla in modo esteso, più ad esempio delle linee guida, per tre motivi:

1. Il più importante è che, a differenza di quando avviene nelle linee guida, la metodologia dei percorsi coinvolge nel loro sviluppo i professionisti che li dovranno applicare, il che favorisce la loro adesione.
2. Un altro motivo è la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro che comprendono rappresentanti di tutte le professionalità (assistenziali e non) che sono implicate nel trattamento della condizione in questione. Lo scambio di informazioni e di punti di vista tra i partecipanti porta ad una maggiore comprensione dei ruoli e delle responsabilità di ciascuno nel processo assistenziale, oltre a dare occasioni di apprendimento. Inoltre la partecipazione integrata di personale medico, infermieristico, tecnico, riabilitativo, amministrativo/organizzativo, sociale, ecc. protegge dal rischio che la stesura del percorso assistenziale possa essere manipolata in modo corporativo da un unico gruppo professionale.
3. Il terzo motivo è l'orientamento multiassiale, che tiene presenti contemporaneamente esigenze di appropriatezza, efficacia, efficienza, continuità, tempestività, equità, integrazione, soddisfazione degli utenti.



I percorsi assistenziali favoriscono anche lo sviluppo di sistemi informativi verso la rilevazione di indicatori relativi non solo ai volumi di attività e ai costi, ma anche ai processi professionali e agli esiti (outcomes). Si dovrebbe trattare di indicatori scientificamente validi.

I percorsi assistenziali possono facilitare il benchmarking se gli indicatori di processo e di esito sono comunicati ad una sede di coordinamento che mette a disposizione le loro distribuzioni.



Ci sono vantaggi anche medico legali ed assicurativi.

Ci sono aziende che hanno ottenuto una riduzione dei premi assicurativi per avere adottato percorsi assistenziali attenti alla gestione dei rischi.

Ci sono anche esempi di professionisti assolti da accuse di imperizia e negligenza perché sono stati in grado di dimostrare di avere seguito un percorso assistenziale.



Dall'applicazione dei percorsi assistenziali ci si può ragionevolmente attendere una rilevante diminuzione della variabilità ingiustificata nei comportamenti dei professionisti sanitari, un aumento della produttività, ed anche un miglioramento della sicurezza per i pazienti (diminuzione delle complicazioni) e degli outcomes.

Va detto che un buon percorso assistenziale va continuamente ripensato alla luce delle difficoltà di applicazione, dei risultati ottenuti e di nuove eventuali acquisizioni e quindi implica il suo continuo aggiornamento.

I percorsi assistenziali possono essere considerati uno strumento per migliorare l'efficienza nell'uso di risorse scarse senza compromettere la qualità professionale dell'assistenza, che anzi può migliorare.



Il principale svantaggio è che i professionisti sanitari considerino che i percorsi assistenziali portino ad una perdita di flessibilità ed autonomia e ad una medicina tipo “libro di ricette di cucina” poco sensibile alle caratteristiche individuali del singolo paziente.

In realtà, le raccomandazioni professionali di un buon percorso assistenziale dovrebbero sì essere quelle più accreditate alla luce delle evidenze scientifiche, ma:

- a) lo sono per la media dei pazienti che presentano la condizione in esame e non per tutti. Il singolo professionista non solo è autorizzato a scostarsi dalle raccomandazioni, ma anzi deve farlo, se pensa che le raccomandazioni non siano adatte al caso particolare. Basta che lo dichiari e ne spieghi i motivi, anche per contribuire all’aggiornamento e alla maggiore articolazione del percorso;
- b) i percorsi devono in certo qual senso essere considerati sempre provvisori, soggetti a verifiche e a continui aggiornamenti, in dipendenza dai risultati della loro applicazione e di eventuali nuove acquisizioni conoscitive o tecnologiche.



Il riferimento a un solo specifico problema di salute può essere considerato un limite dei percorsi assistenziali, come delle linee guida, dato che molti pazienti presentano più malattie e disturbi e che questo tipo di pazienti è destinato ad aumentare per il progressivo invecchiamento della popolazione. Il problema della polipatologia non è ancora stato affrontato in forma di percorso;

probabilmente solo il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali in atto potrà fornire elementi per progettare i percorsi complessi. Comunque nelle patologie multiple ci si può sforzare di seguire il percorso per la patologia principale e di segnalare gli scostamenti, che saranno più numerosi che nel caso di patologie singole.



La progettazione dei percorsi clinico assistenziali

Nel descrivere o costruire un percorso assistenziale è molto utile tenere presenti alcune categorie di attività (dette anche funzioni) che sono quasi sempre presenti. Queste categorie sono categorie assistenziali principali ed ognuna potrebbe anche essere considerata un “processo”. Sono le seguenti:

la valutazione clinico-sociale diretta. Comprende anamnesi, rilevazione di variabili vitali, determinazione di bilanci entrate-uscite; comprende anche l'accertamento di bisogni psicologici, sociali, ecc. che potrebbero compromettere l'esito degli altri interventi, se non adeguatamente considerati;

gli accertamenti di laboratorio e strumentali. Nel percorso ovviamente dovrebbero essere raccomandati solo gli esami appropriati, cioè sufficientemente validi e capaci di modificare le decisioni di trattamento;

La documentazione, comprendente sia la cartella clinica, sia moduli e certificati;



Le richieste di consulenza. Comprendono i consulti di tipo medico specialistico, dietologico, fisioterapico, sociale, ecc.; anche le richieste di consulenze dovrebbero essere appropriate, essere cioè motivate da specifici quesiti clinici e non essere semplici azioni di difesa medicolegale;

I vari trattamenti, che sono di solito distinti in sottocategorie: **farmacologici, chirurgici, psicoterapici o di sostegno psicologico, riabilitativi, sociali**; anche in questo caso il concetto fondamentale per la stesura definitiva dei processi è quello di appropriatezza professionale (fare tutte e solo le cose giuste, cioè efficaci ed indicate), a cui si aggiunge quello di correttezza di esecuzione. Per i farmaci vanno considerati la dose, la via di somministrazione, gli eventuali effetti collaterali e l'uso non solo terapeutico ma anche profilattico, ad esempio preoperatorio;

la nutrizione. Questa categoria riguarda qui in particolare gli schemi dietetici (ad esempio nel diabete, nello scompenso cardiaco, nel periodo precedente un intervento chirurgico, ecc.) e la nutrizione parenterale;



L'educazione e l'informazione del paziente e della famiglia. Rientrano in questa categoria le istruzioni date al paziente e/o ai familiari sulla natura, la prognosi e la gestione della condizione in esame (quali le precauzioni e le limitazioni nelle attività, gli esercizi e l'attività fisica, il modo di respirare, l'automedicazione, il modo di gestire cateteri, anastomosi, ecc.). Rientrano anche le informazioni sul percorso previsto per il paziente (dalle giornate prevedibili di degenza, al decorso postoperatorio, ecc.) e gli accorgimenti adottati per rendersi conto dell'effettiva comprensione da parte del paziente delle informazioni ricevute e della sua capacità di contribuire alla gestione della propria malattia;

La pianificazione della dimissione. Riguarda la continuità, l'integrazione e la tempestività nei passaggi del paziente tra diverse unità organizzative e tra diversi livelli assistenziali. Vanno considerati sia specifici interventi da parte dei professionisti (come la telefonata al medico generale), sia interventi di tipo organizzativo e di sostegno sociale, ad esempio l'attivazione di un programma di riabilitazione sul territorio o di un servizio di assistenza domiciliare al momento della dimissione ospedaliera o la ricerca di una RSA o la predisposizione della fornitura di ausili a domicilio.



Le attività del paziente. Questa categoria riguarda la pianificazione delle attività giornaliere del paziente, come ad esempio i programmi di mobilizzazione attiva e passiva e la progressione fisica del paziente (dal letto, alla poltrona, all’uso del bagno, alla deambulazione con o senza assistenza);

La sicurezza del paziente, ad esempio prevenzione di: cadute; lesioni da pressione; reazioni allergiche; incidenti operatori e complicazioni postoperatorie; infezioni iatrogene. Comprende anche la prevenzione, il riconoscimento e il trattamento degli effetti collaterali dei farmaci. In realtà gli aspetti di sicurezza devono ovviamente essere presenti in tutte le categorie assistenziali. Nell’approccio per percorsi assistenziali **la gestione dei rischi (*risk management*)** non è vista separatamente, ma è parte integrante del progetto. Comunque vale la pena di considerarla una categoria assistenziale principale per sottolinearne l’importanza;

Il monitoraggio del decorso, in questo caso dell’applicazione e dei risultati del percorso. Si tratta di una categoria che ovviamente è collegata ad una categoria già menzionata (valutazioni e documentazione).



Un percorso assistenziale si può suddividere non solo in categorie assistenziali principali, ma anche, in sottoprocessi temporali, detti anche **episodi di cura o fasi**. Tra le fasi si possono distinguere le seguenti:

- l'ingresso nel processo o “presa in carico”. Per valutare l'appropriatezza della presa in carico è opportuno chiedersi chi è il principale promotore del contatto, se si tratta ad esempio di una decisione del paziente o dell'invio da parte di un medico di medicina generale, di uno specialista ambulatoriale esterno o di un medico del pronto soccorso;
- la fase iniziale (per un percorso chirurgico, la fase preoperatoria);
- la fase intermedia (per un percorso chirurgico, l'intervento);
- la fase finale (per un percorso chirurgico, la fase postoperatoria);
- l'eventuale trasferimento ad altra unità organizzativa o ad altra organizzazione;
- la dimissione dalla fase attiva (ad esempio dall'ospedale);
- il follow-up; si richiama l'attenzione sull'importanza di considerare in un percorso anche il follow-up, che dovrebbe essere abbastanza lungo da accertare la stabilità degli esiti e da escludere complicanze tardive; ad esempio il follow up per protesi d'anca dovrebbe durare due anni;
- l'uscita dal percorso.



Una stessa categoria assistenziale principale da una parte può essere effettuata in diverse “fasi” e dall’altra può comprendere attività eseguite in unità organizzative diverse durante la stessa fase.

La distinzione in fasi nasce anche dall’esigenza di tenere conto di distinguere ciò che viene fatto in ospedale da ciò che viene fatto sul territorio, o, in caso di ricovero di paziente visto prima in pronto soccorso, ciò che viene fatto in pronto soccorso da ciò che viene fatto nel reparto di degenza. Si può quindi parlare di **“fasi clinico-organizzative”**.

Per ogni “fase” dovrebbero essere specificate, oltre alle diverse categorie principali che vi sono svolte, le condizioni del paziente all’ingresso e alla uscita dalla fase e i modi per valutare tali condizioni, cosicché si possa giudicare l’appropriatezza sia dell’ingresso, sia della uscita.

Si dovrebbe cercare ovviamente anche di precisare come le varie attività di una fase si susseguano o si sovrappongano tra di loro.

Talvolta, per la difficoltà di considerare l’intero percorso, ci si limita a occuparsi di una o più fasi, ad esempio solo la parte ospedaliera o la parte territoriale o una delle fasi a cui si è accennato sopra. In questo caso il risultato finale del processo considerato per il paziente è invece un risultato intermedio.



Nel considerare le categorie assistenziali principali e le fasi di un percorso assistenziale, è opportuno dare grande attenzione alla durata delle attività, per la sua importanza e perché è misurabile in modo relativamente facile e oggettivo. I tempi impiegati dall'inizio alla fine dell'intero percorso o di una fase vengono anche detti tempi di attraversamento, rispettivamente del percorso o della fase.

Se si sommano i tempi di attraversamento delle differenti fasi che compongono un percorso si ottiene ovviamente il tempo di attraversamento del percorso.

Bisogna tenere conto anche del momento di inizio delle diverse attività. Si deve precisare, per esempio, quando va eseguito l'intervento chirurgico dopo il ricovero del paziente e quanto dovrebbe durare, per quanti giorni un farmaco dovrebbe essere somministrato, dopo quanti giorni in media dovrebbe avvenire la dimissione.

Le durate dipendono naturalmente non solo dalle abilità professionali, ma anche dall'evoluzione del quadro clinico e ancor più dalle condizioni organizzative, ad esempio dalla rapidità con cui arrivano i referti diagnostici o dalla disponibilità delle sale operatorie.

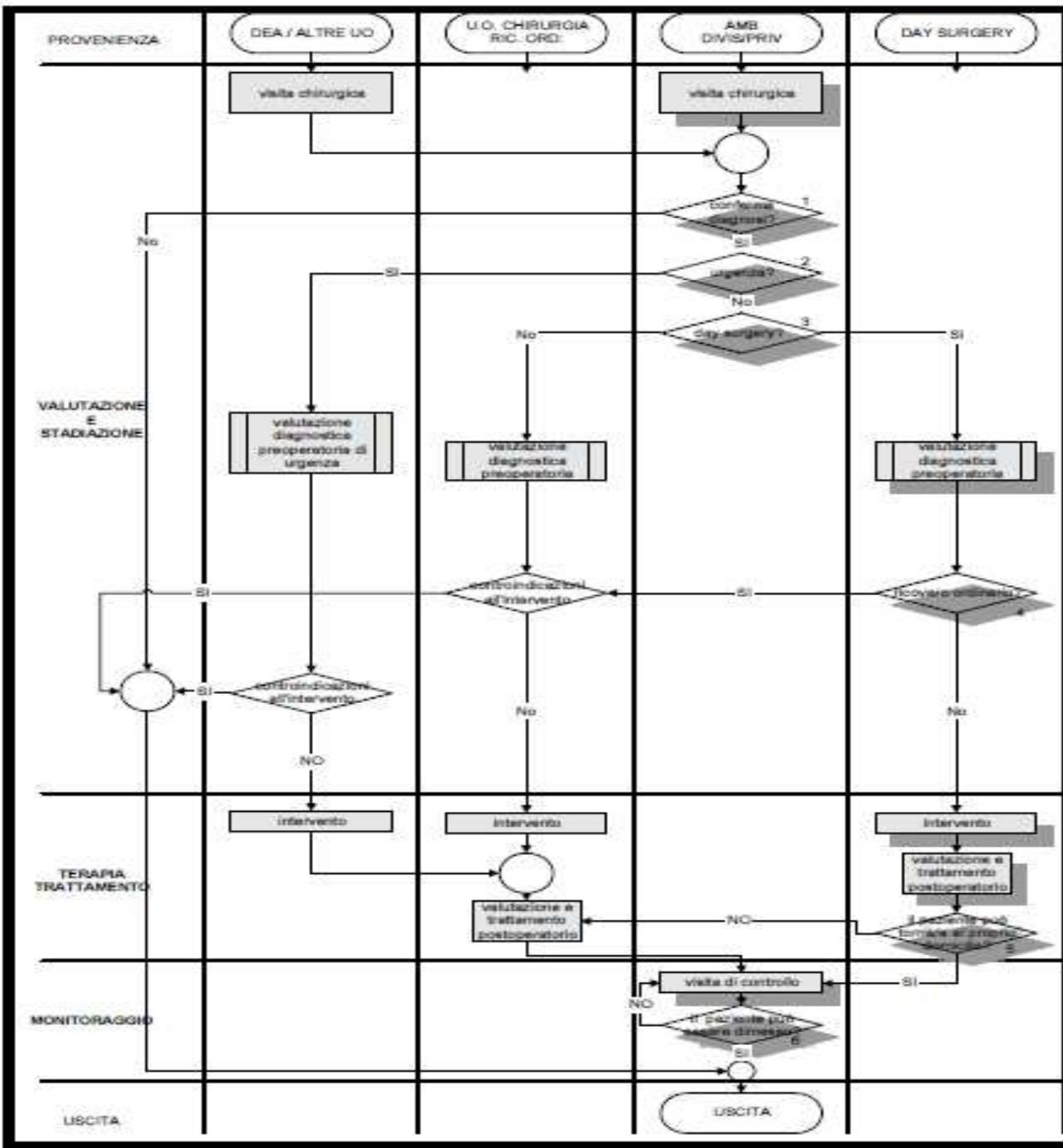


Per rappresentare chiaramente e sinteticamente la sequenza delle attività, si può utilizzare un diagramma di flusso. Un diagramma di flusso è detto anche schema a blocchi e, con termine inglese, *flow chart*. Nel costruire i diagrammi di flusso si utilizzano simboli e frecce che indicano la direzione di collegamento tra i simboli. I simboli principali sono:

- ellissi o rettangolo con angoli arrotondati = stadio iniziale e stadio finale;
- rettangolo = attività;
- rombo = nodo decisionale.

Oltre a questi simboli principali si trovano talvolta un rettangolo con il lato inferiore curvo a S orizzontale per indicare un documento da consultare o da compilare, un cerchio per indicare un'attesa, un quadrato con il lato superiore o inferiore chiuso da un triangolo con un numero all'interno per indicare che il diagramma in esame rispettivamente segue al diagramma indicato dal numero in questione o continua con esso.

La rappresentazione con diagrammi di flusso è particolarmente utile per evidenziare i nodi decisionali. E' però meno dettagliata della rappresentazione con matrice di responsabilità.





Un tipo di rappresentazione che permette di precisare le figure professionali coinvolte e i tempi è quello cosiddetto matriciale o tabellare. Nella matrice (si tratta semplicemente di una scheda o tabella) attività/responsabilità sono evidenziati:

- sulle righe, le categorie assistenziali principali;
- sulle colonne, i giorni;
- all'incrocio tra righe e colonne, le specifiche attività e le figure professionali che hanno compiti da svolgere. Nelle caselle d'incrocio sono riportati anche i rinvii alle procedure organizzative o alle raccomandazioni cliniche e agli eventuali moduli da compilare in quella occasione.

La tabella attività/responsabilità precisa con quali azioni si risponde agli specifici problemi presentati da un paziente.

Di solito si ha una matrice diversa per ogni fase del percorso, che dovrebbero ovviamente essere collegate tra di loro.



LUOGO	Fase _____ Giorno 1	Fase _____ Giorni 2-3	Fase _____ Giorno 1	Fase _____ Giorno ...
Valutazioni cliniche e sociali				
Consulenze richieste				
Esami di lab. e Strumentali				
Documentazione				
Terapia farmacologica				
Interventi Chirurgici				
Altri interventi				
Alimentazione				
Mobilità E attività fisica				
Educazione e informazione sanitaria				
Sicurezza				
Pianificazione della dimissione				
Monitoraggio del decorso				



Le varie tappe si possono così sintetizzare:

1. scelta e condivisione dell'approccio metodologico
2. scelta del problema;
3. costituzione del gruppo di lavoro per il problema prescelto;
4. specificazione dei criteri di inclusione od esclusione;
5. individuazione delle pratiche professionali appropriate e degli indicatori relativi;
6. analisi del processo in corso;
7. stesura del percorso assistenziale modificato;
8. applicazione sperimentale del percorso modificato;
9. valutazione dell'applicazione e degli esiti del percorso;
10. generalizzazione del percorso assistenziale;
11. prima comunicazione pubblica dei risultati del progetto e sistematizzazione delle conoscenze acquisite;
12. revisione sistematica dell'applicazione del percorso;
13. estensione ad altri problemi.



Vi è stata e vi è una vivace discussione sui meriti e i demeriti dei progetti di valutazione e miglioramento incentrati sui processi cioè appropriatezza e correttezza tecnica di effettuazione delle prestazioni - o sugli esiti, ossia sulle modificazioni delle condizioni di salute e sulla soddisfazione dei pazienti e dei familiari.

In genere si deve ritenere che la valutazione del miglioramento dei processi sia più facile e meno costosa, se ovviamente si ha a che fare con processi di cui è scientificamente nota l'efficacia, cioè la capacità di modificare in senso positivo gli esiti.

E' bene infatti essere consapevoli che la valutazione dell'efficacia nella pratica (in inglese *effectiveness*) è soggetta a numerose distorsioni e confondimenti. I principali limiti sono rappresentati:

1. dalla difficoltà di disporre di dati completi, riproducibili e accurati, specie se i dati non vengono rilevati ad hoc, ma ricavati da cartelle cliniche e/o da rilevazioni amministrative, come ad esempio la scheda di dimissione ospedaliera;



2. dalla non conoscenza o dall'insufficiente misurabilità di tutti i fattori di significato prognostico, ossia di tutti i fattori che possono influire sugli esiti, e in particolare di quelli legati alla gravità della condizione e alla presenza di patologie concomitanti, fattori che in gergo epidemiologico vengono detti di "confondimento" perché rendono più difficile studiare la relazione tra interventi ed esiti.
3. dal fatto che molti esiti si verificano lontano nel tempo, per cui i tempi di valutazione si allungano;
4. dal fatto che spesso esiti importanti, ad esempio gravi complicazioni, sono rappresentati da eventi rari, la cui frequenza è difficile da stimare con precisione in campioni piccoli;
5. dalla frequente mancanza di standard di esito con cui confrontare gli esiti ottenuti, anche se per fortuna si diffonde la disponibilità a confrontare i propri esiti con quelli di altre organizzazioni (*benchmarking* degli esiti).



D'altra parte le misure di esito presentano anche dei vantaggi:

1. si possono usare anche quando i professionisti sanitari non sono d'accordo sull'appropriatezza degli interventi;
2. permettono di capire quanto l'efficacia nella pratica (*effectiveness*), valutata nei propri pazienti coi propri colleghi e con le risorse di cui si dispone, differisca da quella teorica o sperimentale (*efficacy*) determinata in studi controllati randomizzati; si ricorda che questi ultimi sono condotti quasi sempre su gruppi di soggetti selezionati, in istituzioni di eccellenza e con operatori particolarmente motivati e/o incentivati;
3. se rilevate in ampi studi multicentrici, permettono di stimare anche la frequenza di eventi rari, ad esempio di complicazioni rare;
4. esiti intermedi come ricoveri ripetuti non pianificati entro 30 o 45 giorni con la stessa diagnosi, ritorno non pianificato in sala operatoria, sono più facili da rilevare e sono anch'essi importanti;
5. dovrebbero essere psicologicamente inevitabili e rappresentare quasi un dovere deontologico. Come è possibile che non interessi sapere come stanno in media i pazienti trattati nella propria unità organizzativa?



Outcomes organizzativi

- n° dimissioni protette/ dimissioni totali;
- Tempo intercorso tra la segnalazione della dimissione e l'effettuazione della stessa;
- % Dimissioni protette che coinvolgono i MMG



La programmazione e la gestione del personale

"Le persone sono il nostro vantaggio competitivo."

"I nostri collaboratori sono l'elemento di differenziazione della nostra azienda."

"Il valore della nostra azienda sta nel nostro capitale umano."

Oggi queste parole vengono pronunciate con un fervore quasi religioso.

I dirigenti recitano queste frasi, le stampano sui manifesti, le imprimono sui materiali dei corsi di formazione e si sforzano di metterle al centro della loro strategia.

Le parole non bastano a produrre una buona performance finanziaria e organizzativa.

E non è sufficiente che l'azienda "dica" di apprezzare i propri collaboratori.



L'organizzazione deve prendere concretamente coscienza del fatto che le competenze delle persone sono all'origine del successo dell'azienda.

Per creare la propria strategia presente, immaginare quella futura e sostenere questo tragitto di sviluppo l'azienda ha bisogno di persone e competenze adatte, che deve saper individuare nel mercato interno ed esterno del lavoro.

Il processo cui viene assegnato questo compito è la programmazione del personale, che viene tradizionalmente definita come la funzione capace di assicurare la disponibilità quantitativa e qualitativa di risorse umane necessarie alla realizzazione dei processi aziendali ed interaziendali e di assicurare nel contempo le condizioni per una loro gestione in coerenza con la dinamica legislativa, contrattuale, tecnico-economica e sociale.



La programmazione del personale è un'attività svolta da tutte le aziende, anche se con modalità che possono essere sostanzialmente differenti.

Le determinanti di tali differenze discendono non solo dalla cultura e dalla dimensione aziendale, quanto piuttosto dalla strategia, dal contesto tecnologico, dalla flessibilità delle risorse.

Se la flessibilità interna ed esterna del fattore lavoro è elevata, la programmazione del personale può coincidere con i programmi operativi a breve termine e quindi rispondere a una logica di tipo reattivo.

Si può però verificare che le rigidità intrinseche alle risorse umane, al contesto politico, al contesto socioculturale rendano la flessibilità del fattore lavoro inadeguata.

In questo caso, non essendo realizzabili aggiustamenti tempestivi nel breve periodo, la funzione di programmazione del personale emerge con gradi più elevati di formalizzazione e integrazione con la programmazione generale.



La complessità e la variabilità ambientale si presentano sempre più spesso come fonte di opportunità per le aziende.

Ma tali opportunità possono essere colte solo se l'azienda ha sviluppato una capacità diffusa e continua di analisi dell'ambiente e una capacità di rispondere con decisioni rapide e flessibili ai bisogni e alle opportunità che via, via si presentano.

Questo significa partire dalla definizione dei principi di fondo e dei valori che guidano l'organizzazione, per poi disegnare su questi delle *management practices* coerenti e in grado di generare delle *core capabilities* e, infine, ideare una strategia che sia in grado di valorizzarle al meglio.



La definizione e l'enunciazione dei principi, naturalmente, non è che l'inizio.

Nella mission di molte aziende c'è spazio per l'importanza delle persone e per la valorizzazione del lavoro.

Il vantaggio competitivo nasce però dal saper tradurre in pratica questi principi con un insieme coerente di politiche di gestione delle risorse umane; i valori sono parole che devono essere trasformate in realtà.

Se la competitività delle aziende si basa sulla generazione di innovazioni e sulla produzione e diffusione della conoscenza, quali strumenti può utilizzare la Direzione delle Professioni per organizzare il lavoro e gestire le persone?

Le risposte si collocano su due livelli.



A livello micro le indicazioni vanno in due direzioni: la prima è la stimolazione delle capacità, dei desideri e delle aspirazioni degli individui (*empowerment*), in modo da responsabilizzare le risorse sul raggiungimento dei risultati.

La seconda è quella di un interesse spontaneo e genuino nei confronti dell'azienda (*commitment*). Qui l'attenzione deve essere rivolta alla gestione del contratto psicologico tra individuo e organizzazione e degli strumenti a disposizione del management.

A livello macro deve avvenire una gestione coerente delle tradizionali leve di progettazione organizzativa: cultura e visione condivisa, struttura e stile di leadership.



In questo contesto, la programmazione è un'attività che deve offrire le premesse per decidere di fronte alle concrete contingenze aziendali e ambientali: quindi non tanto uno strumento per decidere "qui e ora", ma un'attività che consente un continuo monitoraggio dello stato aziendale.

I processi da monitorare e programmare devono essere definiti in termini operativi, attraverso un forte coinvolgimento nel momento di decisione e di implementazione, oltre che in quello di controllo.



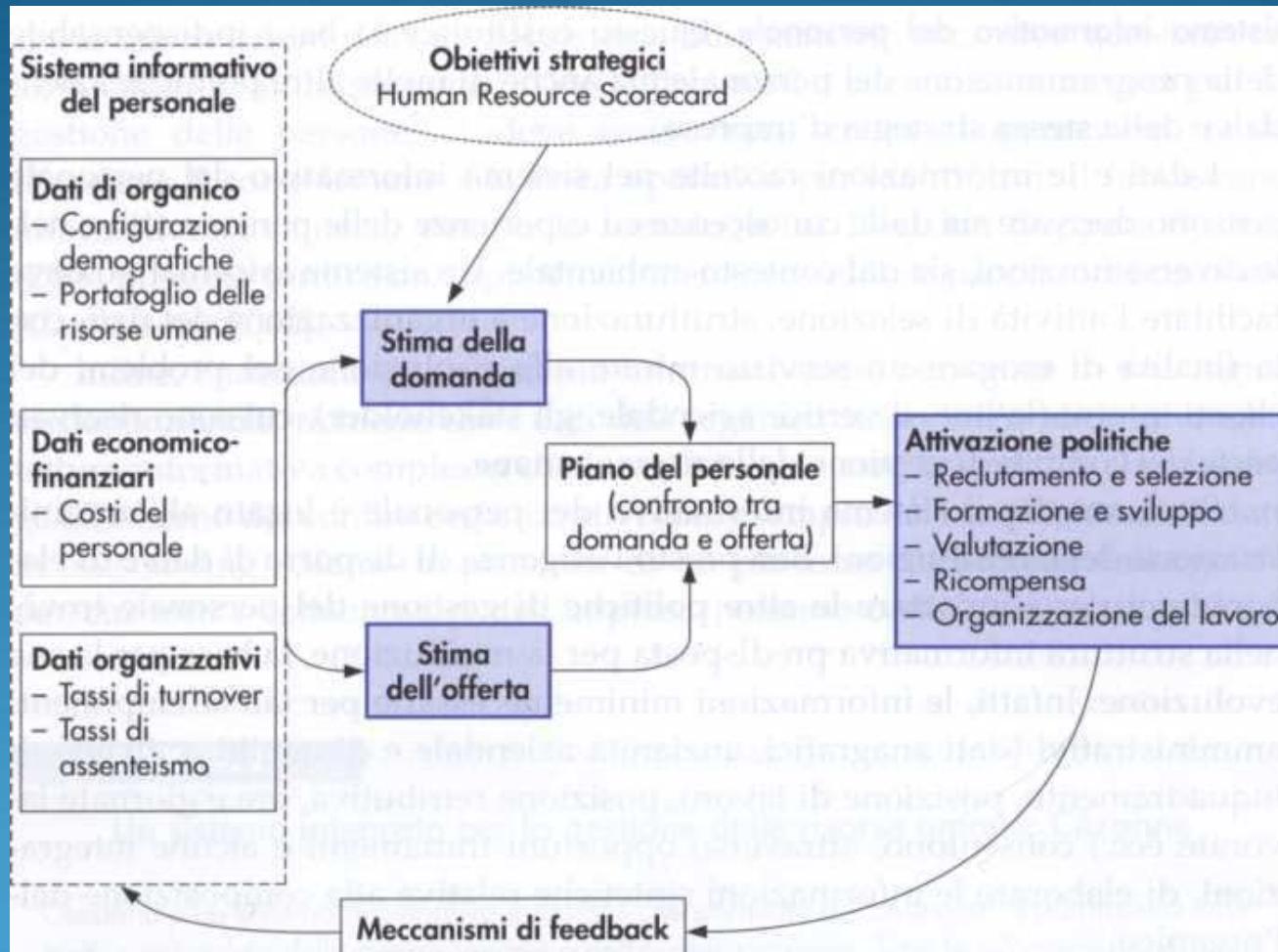
Le esigenze della persona si traducono in forme di rigidità che riguardano sia elementi relativi alla dinamica organizzativa interna delle aziende, sia elementi esterni:

- la presenza di mercati interni del lavoro che favoriscono la stabilità del rapporto di lavoro, la crescita gerarchica e la carriera retributiva;
- l'attività di controllo dei sindacati che talvolta limitano le scelte dell'azienda in tema di gestione delle persone;
- lo sviluppo di ruoli e funzioni di difficile reperimento sul mercato esterno, per i quali sono necessari lunghi tempi di reclutamento, formazione e inserimento;



Il sistema di programmazione del personale è quindi un processo manageriale disegnato con l'obiettivo di:

- tradurre gli obiettivi strategici dell'organizzazione in un portafoglio di competenze con caratteristiche qualitative e quantitative ben definite;
- identificare le politiche di gestione delle risorse umane, di breve e lungo periodo, necessarie a sviluppare queste competenze;
- controllare i costi del personale e aumentare le opportunità di sviluppo per l'azienda e per gli individui, al fine di anticipare carenze o eccedenze di risorse umane;
- chiarire il contributo delle persone al raggiungimento degli obiettivi strategici;





All'origine del processo vi è il sistema informativo del personale, uno strumento attraverso il quale vengono raccolti, sintetizzati ed elaborati tutti i dati relativi alla composizione dell'organico (configurazioni demografiche e portafoglio delle risorse umane), i dati relativi agli aspetti di costo nella gestione del personale (costi del personale) e i dati sul comportamento organizzativo (tassi di turnover, tassi di assenteismo).

In base alle informazioni ricavate dal sistema informativo del personale è possibile compiere una stima quantitativa dei flussi di mobilità interna (stima dell'offerta) e del fabbisogno di risorse umane (stima della domanda).

Questi flussi sono il risultato delle dinamiche inerziali che riguardano l'organico aziendale.

Lo strumento attraverso il quale l'impresa acquisisce, archivia, gestisce, analizza e distribuisce tutte le informazioni riguardanti le risorse umane è il sistema informativo del personale. Questo costituisce la base indispensabile della programmazione del personale



Il tasso di turnover, o tasso di rigiro del personale, è un indicatore "di flusso" fondamentale per l'analisi del processo di programmazione e per valutare l'efficacia delle azioni di gestione delle risorse umane.

Un certo tasso di turnover è, ovviamente, inevitabile. Il flusso naturale di persone che escono o entrano nell'azienda per effetto di normali eventi di pensionamento, assunzione, licenziamento, che non minacciano la continuità produttiva dell'azienda e la sua stabilità organizzativa viene definito "tur-nover fisiologico".

Questo consente:

- all'azienda di poter gestire con maggiore flessibilità il proprio organico
- alla persona di poter cogliere occasioni alternative di lavoro.

Accanto alla parte fisiologica del turnover, vi è il turnover che viene definito "patologico" e che segnala un malfunzionamento delle politiche di gestione delle risorse umane (selezione, retribuzione, carriere, organizzazione del lavoro ecc.) e delle politiche aziendali in generale.



Il turnover è caratterizzato anche da una componente di costi di difficile misurazione.

I costi indiretti sono determinati dalle riduzioni di produttività associate all'uscita di una persona e all'entrata di un nuovo lavoratore privo di esperienza specifica.

In queste situazioni i capi e i colleghi devono dedicare parte del loro tempo per affiancare il nuovo assunto, sono necessarie attività di addestramento e formazione, la produttività del lavoratore entrante sarà per un periodo di tempo (quello necessario affinché lui percorra la sua curva di apprendimento) inferiore a quella della persona appena uscita.

Inoltre, la sostituzione può generare instabilità nell'equilibrio del mercato interno del lavoro, può alterare il clima aziendale e al limite ledere l'immagine dell'azienda.



L'assenteismo identifica le situazioni nelle quali il lavoratore non si reca sul posto di lavoro: questo può avvenire per esempio a causa di una malattia, di incidenti e infortuni, di ritardi, di partecipazione a manifestazioni sindacali oppure in modo del tutto ingiustificato.

I dati sull'assenteismo costituiscono un'informazione importante per la programmazione delle attività, ma soprattutto come indicatori del clima aziendale. L'assenteismo, infatti, è molto spesso il sintomo di rapporti conflittuali tra la persona e l'organizzazione, quindi, in un'ottica di *retention* delle risorse umane, va analizzato, interpretato e, quando possibile, corretto. A questo scopo è necessario che l'impresa disponga di dati sul fenomeno: sia rappresentazioni sintetiche per misurarne l'impatto globale, sia disaggregazioni per cause di assenza, per durata, per periodo, per segmento di popolazione aziendale coinvolto, per funzione. In questo modo è possibile distinguere l'assenteismo dovuto alla normale morbilità della popolazione, sul quale non si può intervenire, dall'assenteismo per cause organizzative. Nel secondo caso il confine tra assenteismo fisiologico e patologico è molto incerto e, soprattutto, molto difficile da identificare.



La riduzione dell'assenteismo patologico richiede, da parte dell'azienda, uno sforzo in termini di comprensione delle ragioni organizzative e di contesto di tipo patogeno che spingono la persona a non recarsi al lavoro.

Molte ricerche hanno dimostrato che l'assenteismo, a parità di altre condizioni, è minore dove il contesto organizzativo è privo di tensioni, il contenuto del lavoro è vario, stimolante e offre margini di autonomia e partecipazione, lo stile di leadership è adeguato.

Una delle maggiori conseguenze dell'assenteismo è la perdita di produttività. L'assenza di un lavoratore crea problemi all'impresa: bisogna riorganizzare i programmi e trovare dei sostituti per ridurre al minimo il rallentamento nel processo produttivo.



"Quanto spendiamo rispetto al processo tradizionale?

In genere il controllo si concentra solo sul costo del lavoro piuttosto che sul turnover e assenteismo e sulle voci di costo cospicue legate ai processi di reclutamento, selezione, sviluppo e valutazione delle persone.

“E..... quanto produciamo ?

Viene utilizzato l’indice di produttività, dato dal rapporto tra l’output o l’outcome Considerato e l’organico.



Per comprendere come l'azienda crea valore attraverso nuovi processi si deve utilizzare un approccio definito delle *balanced scorecard* [Kaplan e Norton 1996]: una metodologia di controllo strategico utilizzata per tradurre la strategia organizzativa in un sistema completo e integrato di indicatori di performance.

Questo strumento è stato proposto dai suoi creatori per ovviare ai limiti di un management guidato soltanto da misure di efficacia ed efficienza.

Questa metodologia inoltre presuppone una visione integrata dell'azienda: nessun indicatore di performance può essere sufficiente se preso singolarmente, ma, al contrario, la strategia deve essere esaminata da più prospettive diverse.



BIBLIOGRAFIA di riferimento e approfondimento

“Organizzazione per processi in sanità. Un approccio trasversale all’organizzazione per vincere le resistenze al cambiamento” E. Vignati, P. Bruno F. Angeli 2004

“Riprogettare la sanità. Modelli di analisi e sviluppo”. Carocci Faber 2012

“Logiche e strumenti di gestione per processi in sanità” F. Lega McGraw Hill 2011

“La dirigenza infermieristica” manuale per la formazione dell’infermiere con funzioni manageriali. Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi Mc Graw Hill 2009.

“Gestione integrata e percorsi assistenziali” G. Noto, R. Raschetti, M. Maggini, Il Pensiero scientifico Editore 2011.