

Strumenti per un cambiamento culturale di strategia di governo delle Aziende Sanitarie per la realizzazione del processo di affidabilità delle cure

La situazione pandemica in atto, nel mettere alla prova - nella straordinaria complessità che la connota - la capacità di tenuta del sistema sanitario sotto vari profili, ha forzatamente indotto anche nel nostro Paese un radicale ripensamento degli strumenti di governance del Servizio Sanitario in tutte le sue articolazioni e ad ogni livello di responsabilità decisionale, gestionale e organizzativo.

E' un richiamo doveroso, quello alla pandemia, che si evoca non a caso quale esempio emblematico di come il concetto di governo di un sistema complesso - quale è il sistema salute e più in generale il welfare sociosanitario - non possa (più) risiedere, nemmeno in parte, su una visione statica dello stesso.

Ed infatti, a partire dal management e dagli strumenti di governo strategico dei servizi sanitari regionali e delle Aziende Sanitarie, il rapido evolversi del contesto a causa di un evento straordinario di dimensioni esponenzialmente crescenti, ha reso evidente la necessità di trovare preventivamente ed in progressione (non in via emergenziale), soluzioni strutturali per adattare in modo dinamico gli strumenti di governo e le stesse organizzazioni alle esigenze di cambiamento dei bisogni di cura della collettività ora dettate, nella fattispecie, dalla diffusione di un nuovo agente patogeno (Sars - Cov2).

Questa esperienza ancora in fase di consolidamento, ha certamente segnato un cambio di passo per quel che concerne la capacità di resilienza del sistema sanitario ai fattori di cambiamento, che più che mai in questo momento ha mostrato i limiti di una programmazione ancorata a schemi rivelatisi da un giorno all'altro poco flessibili e non pronti ad accogliere in modo rapido le nuove esigenze assistenziali.

La patologia SARSCov-19 ha innescato un'ulteriore emergenza nell'"emergenza": la simultaneità delle cure con le altre patologie. Il sistema delle reti dell'emergenza è stato saturato dall'ondata pandemica, le patologie tempo dipendenti non hanno più avuto la disponibilità alla presa in carico da parte del sistema, con conseguenze a volte

drammatiche per il singolo cittadino. Inoltre, è stato significativamente penalizzato l'organizzazione sanitaria per le esigenze dei pazienti cronici e delle cure oncologiche. A questo riguardo, il continuum assistenziale ospedale-territorio che prevede organizzazione e regolarità di follow up è stato condizionato dall'emergenza che ha assorbito ogni risorsa disponibile e rimodulato le attività, soprattutto quelle ambulatoriali.

Questa premessa si ritiene utile ad introdurre quindi una ulteriore riflessione che possa rispondere più puntualmente alla domanda su quali strumenti possano essere messi in atto per un cambiamento culturale di strategia di governo delle Aziende Sanitarie per la realizzazione del processo di affidabilità delle cure.

Se l'obiettivo superiore da perseguire è quello di preservare il valore dell'"affidabilità" delle cure, letto nella sua duplice accezione, sia dal punto di vista degli operatori affinché possano disporre degli strumenti organizzativi, tecnologici, formativi e di qualificazione professionale più adeguati per operare in sicurezza, sia dal punto di vista dei cittadini-pazienti perché percepiscano la qualità, l'appropriatezza e la sicurezza delle cure che ricevono o che si apprestano a ricevere, occorre da subito re-indirizzare gli sforzi verso una nuova rivoluzione culturale che investa in sanità, nel modo migliore possibile, le risorse di cui essa dispone a partire dalla valorizzazione del patrimonio professionale, finanziario, strutturale, tecnologico, delle conoscenze scientifiche e delle capacità manageriali.

La prerogativa dell'"affidabilità" del sistema di cure pubblico deve valere tanto per l'ambito assistenziale ospedaliero che per quello territoriale, incluse le cure domiciliari. Anzi, non è da sottacere che proprio per la componente territoriale è ancora più preminente l'esigenza di affermarne la "credibilità" in considerazione del più lento processo di riqualificazione che ha riguardato nel tempo la rete dei servizi integrati di assistenza territoriali rispetto a quelli ospedalieri, tra l'altro anche con diffusione non omogenea sull'intero territorio nazionale e all'interno delle stesse Regioni.

Affinché il sistema di salute pubblico sia credibile e instilli fiducia nei cittadini a partire dalla medicina di base che è il primo livello di cura del cittadino, è fondamentale che le aziende sanitarie siano nella condizione di esercitare l'autonomia gestionale e organizzativa in funzione della richiesta. Senza entrare lo specifico del dibattito sul reale livello di autonomia del management aziendale sul piano formale e sostanziale, va detto che le politiche regionali di riforma dei sistemi sanitari hanno attribuito alle Aziende Sanitarie funzioni di produzione o di committenza ed in altri casi di entrambe. Ne deriva pertanto un assetto aziendale variegato nel contesto nazionale rispondente ai diversi modelli sanitari regionali, con un diverso grado dei livelli di autonomia propria delle Aziende stesse in relazione agli ambiti verso i quali le funzioni loro assegnate vanno indirizzate.

In questo contesto, la funzione aziendale che più direttamente incide sul tema della affidabilità delle cure è quella di produzione, in quanto finalizzata appunto alla erogazione dei servizi e delle attività assistenziali.

Come accennato in premessa, la affidabilità delle cure non può essere disgiunta dalla garanzia della loro qualità e sicurezza.

La qualità e sicurezza delle cure nella migliore delle ipotesi è vincolata al sistema di certificazione e accreditamento. Il sistema con il quale si è inteso fino ad oggi presiedere alla "certificazione" dei requisiti che i servizi di erogazione delle cure devono avere, si compone di diversi strumenti che è utile in questa sede richiamare, anche a titolo esemplificativo,

per meglio analizzare i possibili margini di miglioramento e di innovazione che certamente oggi il sistema richiede. Pensiamo agli strumenti per l'accreditamento istituzionale e ai processi di controllo e verifica interni, volti ad assicurare il possesso e il mantenimento dei requisiti e degli standard, strutturali, organizzativi, tecnologici e di qualità dei servizi e delle attività assistenziali nelle loro articolazioni e specificità. Pur riconoscendo a tali strumenti l'originaria finalità di attenersi ai requisiti "strutturali", ovvero dei luoghi fisici sede di attività sanitarie, oggi essi appaiono più suscettibili di rinnovamento per quel che concerne gli aspetti organizzativi, della qualità e sicurezza delle cure. Ad esempio: se dovessimo applicare in maniera pedissequa i

vincoli posti dal sistema di accreditamento istituzionale alle nuove strutture pensate per l'assistenza i pazienti COVID o alle riconversioni di reparti o di strutture già esistenti per altre finalità sanitarie, non si potrebbe coniugare la rigidità del sistema rispondente ai requisiti strutturali con la flessibilità (e velocità) con la quale le nuove e diversificate esigenze di salute impongono che si proceda, per trovare adeguate (e nuove) soluzioni organizzative anche per periodi predefiniti.

Analogamente, per fare un altro esempio, un sistema di valutazione delle performance aziendali ancora prevalentemente sbilanciato sui centri di costo nonché sulla quantificazione e valorizzazione della produzione in termini di volumi e di costi dei singoli segmenti produttivi, non ha reso ancora vera dignità al tanto invocato "percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale" nel quale si inserisce

ormai ogni atto di cura o prestazione non più valutabile nella sua singolarità.

In questo senso sarebbe auspicabile volgere l'analisi e la valutazione delle performance, ma ciò vale anche per i sistemi di finanziamento, verso una reale valorizzazione dei risultati in termini di esito dei percorsi di cura attivati e implementati (e non di singole prestazioni) e in termini di grado di soddisfazione dell'utente. L'indice di performance è strettamente correlato con l'indice di attrattività delle nostre strutture sanitarie e con la riduzione della migrazione sanitaria.

Pertanto l'analisi e la valutazione non finì a se stesse dovrebbero costituire le più valide ragioni per applicare correttivi

o incentivare politiche di investimento (ma lo stesso può dirsi per quelle di disinvestimento/riconversione) in atto prevalentemente ancorate ad una programmazione pluriennale e ad un fabbisogno che non tiene conto delle variabili di contesto mutevoli nel corso degli anni.

"Inseguire", come accaduto nel recente periodo, i fabbisogni emergenti di tecnologie e di professionisti, così da dover ricorrere ad approvvigionamenti in emergenza o al massivo reclutamento di personale in formazione specialistica, accresce i rischi sia sotto il più ampio aspetto della qualità e sicurezza delle cure che per la possibilità di ri-allocazione delle risorse.

I tempi possono quindi ritenersi maturi, cogliendo anche

**Le difficoltà maggiori
nella reingegnerizzazione
dei PDTA, raramente
riguardano la tecnologia,
quasi sempre queste
sfide, sono compromesse
dalla prontezza
dell'organizzazione e
dalla poca attitudine delle
persone ai cambiamenti e al
mettersi in gioco**

gli effetti di questa esperienza pandemica in atto, per ripercorrere radicalmente alcuni capisaldi dell'attuale assetto del SSN affinché, a partire dalle Aziende sanitarie e nel rispetto dei relativi livelli di autonomia e responsabilità, si innesci un percorso di rinnovamento culturale delle strategie e degli strumenti di governo fino a questo momento consolidati, rivedendone in chiave critica gli elementi forza e di debolezza con l'obiettivo di rendere il sistema più aderente alle moderne e nuove necessità e, in generale, più flessibile ai processi di cambiamento.

Entrando adesso più specificamente nella questione dell'autonomia delle aziende e quindi delle direzioni strategiche delle Aziende così come concepite dalle varie leggi di riforma, è opportuno chiarire che la tanto discussa "eticità" della "aziendalizzazione" della organizzazione sanitaria, spesso non corrisponde alla dinamicità ed efficienza tipiche delle Aziende private. Infatti questo tipo di organizzazione sanitaria "aziendale", che in accordo alla definizione enciclopedica è "un'organizzazione di persone e beni economici ovvero - con accento dinamico - come un sistema di forze economiche, che sviluppa nell'ambiente con cui interagisce processi di produzione e di consumo, a favore dei soggetti economici che vi cooperano" (in questo caso i cittadini), non è rimasta separata, ma fortemente legata, soprattutto nell'ultimo decennio, a principi di ragioneria e a tecniche di gestione, con l'obiettivo di studiare i vari ordini di rilevazione nelle stesse aziende, a scopo di controllo prevalentemente economico, piuttosto che di reale soddisfacimento dei bisogni di salute.

Il principio ritenuto fondamentale, quello della separazione all'interno dell'Azienda delle responsabilità di programmazione e controllo (la direzione strategica) da quelle di gestione delle attività sanitarie, decentrate nelle strutture operative (distretti, presidi ospedalieri, servizi di prevenzione collettiva etc.), non è sufficiente o utile in assenza di un collegamento strategico funzionale tra le direzioni strategiche e gli operatori sanitari. La linea di intesa e sinergia tra le direzioni strategiche e i segmenti operativi, favorisce inevitabilmente il miglioramento e la standardizzazione delle cure in accordo alla migliore pratica clinica (i sopracitati PDTA). Si deve in sostanza creare un collegamento, strutturare una parte di "ascolto" ed esame dei processi sanitari, in coerenza con un progetto sanitario aziendale. Diventa irrinunciabile che si ponga la massima attenzione all'attuazione di percorsi clinico assistenziali attinenti per ogni previsione di servizio sanitario, creando una struttura di supporto e coordinamento.

Lo sviluppo e l'implementazione dei percorsi clinico assistenziali è a garanzia della erogazione delle cure a livello ospedaliero e della integrazione e continuità tra le cure ospedaliere e quelle territoriali.

Nell'ambito delle prerogative e dell'autonomia aziendale,

una nuova forma di strategia per il governo delle aziende sanitarie, sperimentata in alcune realtà aziendali, è quella di strutturare una unità di audit clinico allo scopo di supportare le articolazioni organizzative aziendali nell'attuazione delle strategie per lo sviluppo e il miglioramento sistematico della qualità dei servizi sanitari e del governo clinico in sinergia e congiuntamente con il servizio di Controllo di Gestione aziendale, anche al fine di un preciso monitoraggio degli indicatori di processo e di esito e per indirizzare le politiche aziendali in termini di efficacia e qualità dell'offerta sanitaria nel territorio.

Quindi se le aziende sanitarie nelle formulazioni oggi concepite dalle legislazioni regionali, non possono essere considerate semplici articolazioni territoriali del SSN, ma vere e proprie unità territoriali autonomamente operanti, devono essere in grado di strutturarsi non esclusivamente con una forte connotazione "imprenditoriale", ma nel contempo devono essere in grado di pensare e realizzare con lungimiranza, un assetto organizzativo che abbia una logica volta alla progettazione e implementazione di modelli rivolti alla ricerca di una efficace erogazione di servizi sanitari che, se realizzati, comporteranno con effetto domino, il conseguimento degli obiettivi di sostenibilità anche economica.

Ogni Azienda Sanitaria deve progettare e modificare la propria macro-struttura, disegnare un nuovo organigramma adattando strutture e processi organizzativi in funzione delle proprie specifiche esigenze sanitarie e non più - lo si ripete con convinzione - solo delle esigenze economiche, perché queste ultime saranno un'ovvia e consequenziale ricaduta delle prime.

Un passaggio da un approccio giuridico-formale all'organizzazione ad un approccio strumentale e di finalità è ormai imprescindibile e necessario e non potrà mai avvenire se non si pensa al punto fondamentale che ha generato il sistema di salute pubblica più evoluto del mondo.

Questo momento storico rappresenta una finestra di opportunità in cui siamo chiamati ad interpretare nel modo più nobile e moderno, l'intenzione di chi questo sistema ha sognato e contribuito a far nascere.

La riflessione conclusiva a cui vorremmo, in questa prima parte, pervenire è un ripensamento metodologico nella progettazione dell'offerta sanitaria. Invero la letteratura economico sanitaria ci ha inondato con fiumi di inchiostro sulla imprescindibile relazione tra il bisogno di salute e la rete ospedale-territorio per il suo soddisfacimento. Ma da Nord e Sud nel corso del 2020 sono emerse tutte le criticità di un'offerta sanitaria basata su opportunità di investimento o opportunità di scelta politiche clientali, scelte per nessun motivo correlate al bisogno di salute.

Chiediamoci pure come è possibile che un sistema sanitario regionale definito "efficiente" sia entrato in crisi fino

al suo collasso allorché è esplosa la pandemia? Forse la missione era, massimizzare il tasso di rendimento degli investimenti e, pertanto, la “povera” medicina del territorio, non possedendo revenue interessanti ha perso il proprio appeal?

E ancora, come è possibile che in alcune regioni si sia reingegnerizzata, almeno sulla carta, la rete di offerta ospedale-territorio e permangono ospedali in vita nonostante se ne preveda la rifunzionalizzazione? Come mai i processi di accorpamento tra Ospedali avvengono, ma permangono in vita reparti cosiddetti “doppioni”? Forse la missione non è fornire una risposta ad un bisogno di salute, bensì mantenere e/o consolidare il consenso per la prossima campagna elettorale?

Crediamo che la classe Dirigente, manager in testa, non possa “far finta di niente”, voltarsi dall’altro lato, quando davanti ai propri occhi si consumano scelte inappropriate. Il tema lo conosciamo tutti: progettare un sistema che costituisca una risposta efficace (esiti) ai bisogni di salute. Le risorse sono un parametro che misura l’effort necessario non sono il fine, ma il mezzo. Il Manager deve avere il coraggio di decidere in funzione del massimo risultato possibile (misurato in termini di esiti) per la cittadinanza che è chiamato a governare.

Questa è anche la filosofia con cui abbiamo gestito in questo biennio l’Azienda Sanitaria Provinciale di Ragusa.

L’esperienza dell’ASP di Ragusa. Il progetto di “Auditing Sanitario”

L’AUDIT è uno degli strumenti del Governo Clinico e il suo utilizzo sistematico a livello intra e inter aziendale favorisce l’implementazione della pratica clinica ottimale, l’applicazione di percorsi e protocolli e la standardizzazione dei processi di cura in accordo alle linee guida. L’Auditing è un processo di analisi, revisione ed una opportunità strutturata per il miglioramento delle attività cliniche e gestionali.

Può essere considerato una metodologia diversificabile in funzione delle necessità organizzative aziendali in area clinica, gestionale-amministrativa o di sistema. E’ una sorta di piattaforma interattiva di analisi e revisione mono e multiprofessionale, mono e multidisciplinare, intra e interaziendale, interna o esterna, rivolta ai processi o agli esiti. La conseguenza dell’applicazione strutturata e sistematica delle attività di auditing a livello aziendale è l’analisi dei processi in funzione degli esiti e la critica costruttiva degli esiti in funzione del miglioramento dei processi. Il risultato è l’implementazione ottimale delle Linee Guida, l’identificazione dei meccanismi utili alla medicina traslazionale, l’utilizzo della digitalizzazione in Sanità funzionale alla pratica clinica e all’analisi dei bisogni, e in ultimo la realizzazione di modelli di processi e cura standardizzati a livello di eccellenza, anche attraverso l’applicazione pratica

di sistemi di simulazione.

L’eccellenza nel Sistema Sanità, in quanto Organizzazione ad Alta Affidabilità (High Reliability Organization-HRO), è data dalla minimizzazione della possibilità di errore e massimizzazione della sicurezza sia a livello individuale che di sistema. L’Audit è l’elemento chiave per la realizzazione del processo di “affidabilità” del sistema sanitario strettamente correlato al controllo del rischio e alla qualità delle cure. Gli strumenti e la metodologia del processo di auditing sono subordinati alla creazione di un modello di sistema sanitario fondato sulla consapevolezza del rischio, la valorizzazione costruttiva dell’errore e la garanzia della sicurezza del sistema delle cure. La medicina basata sull’evidenza, le Linee Guida, l’attenzione agli aspetti tecnici e alle abilità non tecniche attraverso l’utilizzo di scienze cognitive e la valorizzazione del “fattore umano”, attraverso corsi di formazione aziendale e condivisione dei percorsi, sono gli strumenti principali cui i processi di auditing fanno riferimento per la costruzione di un Sistema Sanitario sicuro ed efficace.

L’istituzione aziendale di una unità di coordinamento operativo di auditing sanitario rappresenta la piena espressione del governo clinico punto di riferimento Aziendale per il controllo strategico di qualità e l’applicazione ottimale dei Percorsi Diagnostico-Terapeutici-assistenziali (PDTA) basati sulla evidenza e la personalizzazione delle cure. L’attività svolta nell’ambito dell’auditing sanitario, così strutturata si è basata sulla revisione, analisi e valutazione delle componenti dei processi di cura, l’identificazione delle aree di miglioramento e la contestuale pianificazione delle azioni.

Particolare attenzione è stata dedicata alla puntuale analisi dei bisogni di salute espressi della popolazione del bacino di utenza dell’ASP di Ragusa con un focus particolare sulle prestazioni erogate presso altre aziende sanitarie pubbliche e private della Regione Siciliana e del resto d’Italia (fuga sanitaria).

L’Azienda ha utilizzato l’analisi della domanda di salute per la definizione dei PDTA e per condividere con gli operatori ospedalieri e territoriali le risultanze dei principali processi clinico sanitari/assistenziali. Solo dopo la consapevolezza del bisogno di salute espresso in termini qualitativi e in termini quantitativi si è riprogettata la funzione di offerta mettendo tutto in gioco l’assistenza ospedaliera e quella del territorio, la medicina generale con l’assistenza specialistica. Inoltre si è posta attenzione alla integrazione delle Linee Guida nei PDTA con riferimento alla personalizzazione delle cure e in funzione del contesto specifico e delle risorse disponibili e/o prevedibili.

Elemento imprescindibile a ciascuna attività è stata la identificazione degli indicatori di cura e di esiti con analisi delle non conformità alla best clinical practice. Pertanto

il processo di auditing sistematico e strutturato, svolto in modalità interattiva e formativa con l'inclusione di tutti gli attori del sistema, ha conseguito i risultati auspicati in termini di miglioramento assistenziale. (*PDTA Ictus, **PDTA SCA, etc.).

Sono state applicate tecniche di "simulazione in situ" comprensive di processi di feedback e critica costruttiva su abilità tecniche e non, che si sono confermate utili strumenti per la implementazione di percorsi clinico assistenziali. Sono inoltre stati presi in considerazione modelli di eccellenza nelle varie aree cliniche contestualizzandoli alle risorse locali in armonia con le disposizioni sanitarie regionali.

La stretta collaborazione con il sistema di Controllo di Gestione ha consentito l'analisi, la misura e la valorizzazione degli esiti in funzione degli obiettivi anche in una ottica premiante¹.

L'innovazione Digitale come strumento per il miglioramento dei percorsi e degli esiti.

Lo strumento utilizzato dall'ASP di Ragusa per agevolare e/o avviare il percorso evolutivo de quo è stata l'Innovazione digitale, tenendo però presente che "Innovare i processi" e i prodotti è un approccio metodologico, sistemico non un tantum, e questo rende ancora più importante procedere con un approccio strutturato. E abbiamo usato la leva digitale per fare innovazione in Sanità, ritenendo la transizione digitale una necessaria certezza, non una possibilità.

L'ASP, come tutte le pubbliche amministrazioni, non è una Organizzazione «nativa digitale» ed è per questo che l'approccio sistemico è più oneroso e complesso in termini di cambiamento e provoca stress su tutta la Struttura, ma tante sfide hanno una naturale risposta nel digitale (integrazione ospedale-territorio, logistica del farmaco, process mining, Cartella Clinica elettronica, telemedicina, tele consulto e connect care), stando però attenti a non considerare l'innovazione digitale come un fine piuttosto a vederla e utilizzarla come uno strumento. Inoltre anche a fronte di tantissimi bisogni e stimoli (dall'interno, dai fornitori, etc.), si rischia

¹ La Stroke Unit dell'ASP di Ragusa ha ricevuto il Gold Status degli ESO Angels award.



di intraprendere singole iniziative in modo tattico, solo per ottenere un risultato nel breve periodo o anche solo per emulazione. Quanto volte ci siamo innamorati di una soluzione digitale, senza mai chiederci se era davvero la soluzione giusta e opportuna? Quante volte ci siamo resi conto che la soluzione digitale acquisita è stata in realtà un fallimento, rassegnandosi ad un laconico “non funziona”? L’ASP, quindi, ha adottato una visione sistemica per generare valore nel medio-lungo periodo nella consapevolezza che la strategia digitale si realizza in modo iterativo e incrementale rendendo evidente un approccio strutturato, non improvvisato.

La chiave per attuare una trasformazione digitale sistemica è ampliare il principio del “come” fare rispetto al “cosa” fare con la trasformazione digitale. In altri termini avere il coraggio di investire ogni sforzo sulla definizione dei requisiti tecnici e funzionali per realizzare un progetto pertinente.

E infatti volgendo lo sguardo direttamente alle refluenze della innovazione digitale sugli aspetti sanitari, le difficoltà

maggiori nella reingegnerizzazione dei PDTA, raramente riguardano la tecnologia, quasi sempre queste sfide, possono essere compromesse dalla prontezza dell’organizzazione e dall’attitudine delle persone ai cambiamenti, a mettersi in gioco.

Quindi, se il governo e la gestione dei processi sono necessariamente allargati a molti attori, la direzione aziendale deve assicurare una guida forte e continuativa di tutto il percorso di trasformazione, ma anche di ascolto di tutte le componenti organizzative (paziente, cittadino,...) per far evolvere insieme l’organizzazione.

Bibliografia:

Tanese A., Il ruolo del management nella gestione dell'emergenza Quotidiano Sanità - 24 aprile 2020

Sorbero A., La gestione dell'innovazione. Strategia, organizzazione e tecniche operative - Carocci 1999

AA. VV. a cura di M. Del Vecchio e A. Romiti, Governare le Aziende Sanitarie in cambiamento - FIASO - Egea editore 2020

