

## Innovazione e ospedale: l'assistenza organizzata per processi

Luciana Ballini

*Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale, Regione Emilia-Romagna*

Nell'ultimo decennio ha preso piede l'idea che un'assistenza organizzata per processi possa incrementare la qualità delle cure fornita dagli ospedali e la loro efficienza. Il criterio principale su cui si basano questi modelli organizzativi è la stratificazione delle risorse e delle attività secondo l'intensità di cura richiesta dal paziente. Questa innovazione organizzativa rappresenta una grossa sfida, in quanto richiede di superare la tradizionale struttura per funzioni secondo la logica delle discipline mediche, ritenuta un ostacolo ad un approccio assistenziale coordinato ed integrato.

Come molte altre tipologie di innovazioni clinico-organizzative, anche questa si presenta con un convincente rationale teorico, ma con pochissime evidenze empiriche. È pertanto apprezzabile lo sforzo fatto da alcuni ricercatori olandesi di sistematizzare in una revisione sistematica i risultati dei pochi studi pubblicati (Vos L, Chalmers SE, Duckers MLA et al, Towards an organization-wide process-oriented organisation of care: a literature review, *Implementation Science* 2011; 6: 8).

Lo scopo dello studio è riportare e analizzare le esperienze di ospedali che si sono cimentati con l'implementazione di una riorganizzazione per processi, evidenziandone i motivi di successo o fallimento, al fine di trarne suggerimenti per future applicazioni. La ricerca non è stata semplice, come dimostra la strategia utilizzata per individuare gli articoli rilevanti, a causa delle diverse terminologie utilizzate, che caratterizzano l'intervento più per i suoi risultati attesi che per le sue connotazioni operative. Per questo motivo gli autori iniziano con il descrivere la teoria a sostegno di questo intervento.

Il modello innovativo viene proposto in alternativa alla struttura organizzata per funzioni, che riunisce in dipartimenti o unità operative gli individui afferenti alla stessa sfera professionale. L'assegnazione delle mansioni si basa sulla specificità dell'attività che, nella sua ripetitività, garantisce l'acquisizione e la disseminazione della conoscenza e dell'esperienza. Tuttavia con il crescere della complessità dell'assistenza, le 'traiettorie' o i percorsi dei pazienti che necessitano di cure sono diventati sempre più trasversali all'organizzazione e non si esauriscono con l'entrata e uscita da un'unica unità operativa. La specificità delle mansioni e la responsabilità dei sin-

goli reparti non permette o non facilita la supervisione, e ancora meno il controllo, del trasferimento tra reparti né di informazioni e documentazioni, né di risorse necessarie alla cura, né tantomeno del paziente stesso. A questa mancanza di coordinamento tra reparti, dovuta all'organizzazione per funzioni, vengono attribuiti i 'colli di bottiglia' che caratterizzano l'attraversamento del paziente nelle diverse unità operative e il conseguente inefficiente utilizzo delle risorse, che causano ripetizioni e inutili attese e influiscono negativamente sulla qualità delle cure. Per intervenire sull'efficienza, e sulla qualità, viene suggerito di semplificare la complessità dei processi di cura e di ridurre i momenti di interscambio tra reparti. L'idea centrale è che la *struttura segua il processo* facendo sì che le diverse discipline o specialità necessarie alla cura si ritrovino insieme dove è collocato il paziente, invece di portare o trasferire il paziente dove sono collocate le discipline. Le conseguenze sulla 'fisionomia' dell'organizzazione sono subito apparenti: riduzione della gerarchia nella sua forma tradizionale, maggiori responsabilità agli individui, maggiore capacità decisionale, autonomia e flessibilità. Gli autori sottolineano che non esiste ancora una struttura ben definita per l'organizzazione della cura per processi, ma identificano due macroaree di modalità di realizzazione: implementazione di meccanismi di coordinamento o ristrutturazione dell'organizzazione.

Attraverso i meccanismi di coordinamento, la struttura funzionale non viene alterata, ma strutture di coordinamento vengono sovrapposte all'organizzazione esistente per assicurare il passaggio dei pazienti tra reparti senza incorrere in ostacoli o sbarramenti di confine. Questi meccanismi di coordinamento, sotto forma di connessioni orizzontali, stabiliscono la sequenza delle attività assistenziali (diagnosi, consulenze, trattamento) e assegnano la responsabilità di queste attività a gruppi di professionisti, che effettuano diagnosi, trattamento e assistenza per gruppi di pazienti omogenei per tipologia e sequenza di cure di cui necessitano.

Nel secondo approccio l'organizzazione viene ristrutturata in reparti multidisciplinari definiti in base alle necessità – di diagnosi, trattamento e assistenza – del paziente. Questi reparti riassumono al loro interno tutte le attività e sequenze necessarie e l'interdi-

pendenza da altri reparti o unità operative è ridotta al minimo. 'Eliminando' i reparti, ne vengono azzerati i confini e risolti i problemi legati ai trasferimenti.

Sempre a livello teorico, prima di entrare nel vivo delle esperienze empiriche, vengono riconosciute ed enfatizzate le criticità di questi due approcci: abitudini professionali impostate fin dalla formazione, barriere culturali e valoriali dei professionisti, sovrvertimento di consolidati rapporti di potere e di criteri per la suddivisione del lavoro e assegnazione di responsabilità.

Passando alle esperienze empiriche gli autori hanno ricercato tra il 1998 e il 2009 gli studi pubblicati sulla riorganizzazione dei processi clinici ospedalieri, escludendo quindi quella relativa ai servizi gestionali e ancillari. Pur non ponendo i consueti limiti di disegno di studio né di esiti e misure di esiti, la ricerca sistematica ha fornito solamente dieci articoli, riguardanti cinque esperienze. In quattro ospedali, in quattro diverse nazioni (Usa, Australia, Inghilterra e Italia), è stato applicato l'approccio dei meccanismi di coordinamento, mentre il quinto (Usa) ha tentato l'approccio della ristrutturazione dell'organizzazione. La metodologia per lo sviluppo dei meccanismi di coordinamento consiste principalmente nella scelta ed analisi di alcuni percorsi assistenziali e nell'identificazione di snodi principali con conseguente implementazione di misure che vanno dall'eliminazione di attività ridondanti all'informatizzazione di passaggi amministrativi. In un caso è stato ridisegnato *ex novo* il percorso del paziente. In tre dei quattro studi non sono state individuate tipologie di pazienti, ma tipologie di percorsi di entrata e uscita con quattro o cinque passaggi da ricompattare. In un solo studio sono stati differenziati i processi di emergenza, chirurgia e medicina interna e identificati pazienti ad alto volume di trasferimenti, con l'obiettivo di migliorare le sequenze eliminando sprechi e attese. Gli interventi per il raggiungimento degli obiettivi posti (riduzione dei costi, dei tempi di attesa e incremento dell'efficienza) non sono ben illustrati, come non lo sono gli indicatori di esito. Non vengono forniti risultati quantitativi per nessuno degli esiti finanziari, mentre dal confronto tra i dati prima e dopo l'intervento i risultati relativi agli esiti organizzativi non dimostrano il miglioramento atteso. Non vengono riportati risultati relativi alla sicurezza e alla soddisfazione dei pazienti, né alla qualità dell'assistenza.

L'unica esperienza di ristrutturazione dell'organizzazione documenta un miglioramento nei margini di profitto e di *market share*, per l'assistenza cardiovascolare, oncologica e pediatrica. L'aumento nel numero di pazienti ricoverati sembra essere accompagnato da una diminuzione delle giornate di degenza e da un aumento della soddisfazione dei pazienti. L'interven-

to di ristrutturazione ha richiesto il disegno di una struttura a matrice della *linea produttiva* di cura per le tre aree cliniche e la centralizzazione geografica dei pazienti in unità fisiche dell'ospedale, nelle quali sono state riunite le discipline mediche competenti e installate le apparecchiature diagnostiche e terapeutiche necessarie. Dati i risultati incoraggianti, l'ospedale si ripromette di ristrutturare anche i reparti dei trapianti, delle neuroscienze e dell'ortopedia.

Anche le misure adottate per la realizzazione degli interventi sono poco documentate: in un ospedale la responsabilità e la supervisione dei meccanismi di coordinamento è stata affidata a figure manageriali, mentre la ristrutturazione organizzativa dell'ospedale statunitense è stata accompagnata da forti incentivi economici per i professionisti.

Gli interventi per 'snellire' i processi assistenziali hanno sofferto della poca esperienza e dimestichezza dei professionisti con gli strumenti del miglioramento della qualità, ma soprattutto i meccanismi di coordinamento non sono riusciti ad imporsi sulla più forte struttura funzionale, che ne ha spesso impedito l'adesione. Gli strumenti per il miglioramento di processi e decisioni gestionali non sono riusciti ad alterare i processi e le decisioni cliniche, forse per la troppa attenzione data ai singoli momenti assistenziali a scapito della definizione di processi di cura per tipologie omogenee di pazienti.

In sintesi: mentre il razionale teorico a sostegno di queste innovazioni clinico-organizzative raccoglie un ragguardevole entusiasmo e altrettanto ragguardevoli risorse vengono impegnate in queste sperimentazioni gestionali, gli interventi operativi, le strategie per implementarli, gli esiti e gli indicatori per misurarne l'impatto rimangono poco definiti e pochissimo documentati. La carenza di studi pubblicati su un tema così in auge viene attribuita alla cattiva consuetudine a non valutare in maniera rigorosa questi interventi o, in alternativa, al frequente insuccesso di queste sperimentazioni.

L'invito – poco sorprendente – è per la crescita di una ricerca che aiuti a sviluppare una conoscenza condivisibile, che stabilisca i prerequisiti o le contingenze favorevoli alla realizzazione di un'assistenza organizzata per processi, proponga strumenti per renderla accettabile e fattibile e, soprattutto, individui indicatori validi per misurarne l'impatto finanziario, organizzativo e clinico. Eppure il tema del coordinamento, dell'integrazione, della continuità delle cure è dibattuto dagli anni '50, come raccontano altri autori olandesi nel numero di novembre di *Family Practice* (Uijen A et al, How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts, *Family Practice* 2011; doi: 10.1093/fampra/cmr104). Al fine di identificare i valori centrali che ruotano intorno al concetto di *patient-centered*

*care* vengono analizzati gli editoriali e gli articoli di commento/dibattito degli ultimi sessant'anni. Nonostante i ricercatori di strumenti per il coordinamento, l'integrazione e la continuità delle cure ritengano di operare in sfere concettuali diverse e separate tra loro, la sovrapposizione di temi è apparente. La definizione di continuità di cure incorpora come elementi salienti la figura assistenziale dedicata che conosce e segue il paziente nei diversi contesti di cura, la comunicazione delle informazioni relative al paziente tra i diversi erogatori e la loro cooperazione nell'assicurarsi che le decisioni assistenziali siano collegate. La definizione di coordinamento richiama il lavoro in gruppo dei diversi professionisti, comprendendo il tema della comunicazione e cooperazione, come anche la definizione di integrazione a cui si ag-

giungono il tema della condivisione di responsabilità e di organizzazione delle cure. La sovrapposizione di temi non ha tuttavia facilitato lo sviluppo di validi strumenti di misura che ci aiutino a stabilire quando un processo di cura è integrato, continuo o coordinato, né in quali migliori esiti di salute questi processi dovrebbero tradursi. Anche in questo caso la mancanza di evidenze empiriche e di una conoscenza cumulabile porta gli autori di questa revisione a sottolineare la necessità di individuare degli strumenti di misura. Del resto è nella possibilità di misurare quanto attiene ad un concetto che se ne stabilisce la potenzialità di tradurlo in fatti.

**Autore per la corrispondenza**

Luciana Ballini, [luballini@regione.emilia-romagna.it](mailto:luballini@regione.emilia-romagna.it)