

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

SCUOLA DI INGEGNERIA E ARCHITETTURA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE AZIENDALI - DiSA

INGEGNERIA GESTIONALE

TESI DI LAUREA

In

Cambiamento Organizzativo E Progettazione Dei Processi Aziendali

**Il Cambiamento Organizzativo nel settore ospedaliero.
Il caso del Policlinico sant'Orsola. Ridisegno dei processi di supporto
all'attività sanitaria.**

CANDIDATO
Giacomo Gentili

RELATORE
Chiar.mo Prof. Alessandro Grandi

CORRELATORI
Prof. Maria Rita Tagliaventi
Clio Dosi
Giacomo Carli

Anno Accademico 2014/2015

Sessione III

Sommario

1. INTRODUZIONE	4
2. LA CATENA DEL VALORE APPLICATA ALL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA.	6
2.1. LA RILEVANZA DEI SERVIZI DI SUPPORTO ALL'ATTIVITÀ SANITARIA.	9
2.2. EVOLUZIONE STORICA DEI SERVIZI AUSILIARI E DELLE FIGURE PROFESSIONALI AD ESSI DEDICATE	11
2.3. LE ESTERNALIZZAZIONI DEI SERVIZI AUSILIARI IN SANITÀ	13
3. IL SANT'ORSOLA	19
4. LA STRUTTURA ORGANIZZATIVA	22
4.1. DICOTOMIA TRA FUNZIONE GESTIONALE E FUNZIONE MEDICO-SANITARIA.....	22
4.1.2. Approfondimento: La differenza tra struttura semplice e struttura complessa.....	24
5. I PROCESSI DI SUPPORTO NEL SANT'ORSOLA	31
5.1 DESCRIZIONE DEI PROCESSI.....	31
5.1.1. Il trasporto paziente	35
5.1.2. Il lavanolo	42
5.1.3. Il trasporto cose.....	42
5.1.4. Il trasporto materiale biologico	43
5.1.5. I servizi di pulizia	44
5.1.6. La distribuzione del vitto.....	46
5.2. RILEVAZIONE ATTIVITÀ DEGLI OSS	48
5.2.1. Metodo	48
5.2.2. Dati	49
5.2.2.1. Cosa	49
5.2.2.2. Chi.....	49
5.2.2.3. Durata.....	50
5.2.2.4. Come.....	50
5.2.2.5. Correttezza dei dati	51
5.2.2.6. Pulizia dei dati.....	51
5.2.3. Risultati, analisi ed interpretazioni.....	53
6. MAPPATURA DEI PROCESSI	56
6.1. SCEGLIERE LA METODOLOGIA PIÙ ADATTA.....	56
6.2. LEGENDA DELLA MAPPATURE DI PROCESSO	60
6.2.1. MAPPATURA LAVANOLO	61
6.2.2. MAPPATURA TRASPORTO BIOLOGICO	62

6.2.3. MAPPATURA SERVIZI DI PULIZIA	63
6.2.4. MAPPATURA TRASPORTO PAZIENTE.....	64
6.2.5. TRASPORTO COSE	66
6.2.6. MAPPATURA TRASPORTO VITTO	67
7. ACQUISIRE LA VISIONE D'INSIEME SUI PROCESSI PER COGLIERE LE SINERGIE, PREMESSA ALLE PROPOSTE TO BE.....	68
8. LE ALTERNATIVE TO BE	70
8.1. TO BE 1.....	76
8.1.1. LA PROPOSTA	76
8.1.1.1. <i>Risvolti organizzativi nel reparto.....</i>	82
8.2. TO BE 1 BIS.....	84
8.2.1. LA PROPOSTA	84
8.2.1.1. <i>Testing con la simulazione</i>	92
8.2.1.2. <i>Risvolti organizzativi nel reparto.....</i>	105
8.3. TO BE 2.....	107
8.3.1. LA PROPOSTA	107
8.3.1.1. <i>Valutazione qualitativa</i>	108
8.3.1.2. <i>Valutazione economica.....</i>	115
8.3.1.3. <i>Risvolti organizzativi nel reparto.....</i>	131
9. IL CAMBIAMENTO ORGANIZZATIVO NEL DSSP	132
10. CONCLUSIONI.....	140

1. Introduzione

Il panorama italiano della sanità pubblica, e più in particolare la gestione dei siti ospedalieri, dovranno affrontare, nell'immediato futuro, ingenti cambiamenti, che hanno l'obbligo di riuscire nel non facile compito di ridurre la spesa sostenuta dall'Ente, senza intaccare il livello di qualità del servizio.

Questo elaborato pone la sua attenzione su tutti quei servizi accessori all'attività medica e sanitaria all'interno delle strutture ospedaliere, un fattore sempre presente nell'istituto clinico e che spesso e volentieri rappresenta la più ampia e incontrollata sacca d'inefficienza del sistema ospedale.

In particolare si è analizzato il caso del Policlinico Universitario sant'Orsola Malpighi di Bologna, a seguito di un'esperienza di tirocinio, della durata di 6 mesi, svolta presso il Dipartimento dei Servizi di Supporto alla Persona (DSSP).

L'elaborato ha lo scopo di proporre delle soluzioni migliorative dello stato attuale, che abbiano innanzitutto il requisito di essere applicabili ad un contesto particolarmente delicato e che presenta un alto grado di resistenza al cambiamento.

Si è considerata necessaria un'esposizione introduttiva delle più recenti filosofie manageriali per quanto concerne la gestione dell'organizzazione ospedaliera, con le quali si apre la trattazione.

In seguito si forniscono altri elementi di carattere generale per quanto riguarda l'attuale definizione legislativa delle figure professionali che si occupano del settore dei servizi di supporto, e la loro evoluzione storica negli ultime quattro decenni.

Altri richiami teorici, utili ad un'efficace comprensione dei temi trattati, sono inseriti in concomitanza di questi nel corso di tutta la trattazione.

In seguito si pone l'attenzione sul caso del sant'Orsola, presentando dapprima un disegno rappresentativo della situazione attuale e mostrando in seguito tre diverse proposte di cambiamento nella gestione delle attività accessorie, che si caratterizzano per il diverso grado di impatto organizzativo.

Il modus operandi si ispira agli affermati principi del Business Process Rengeneering.

2. La catena del valore applicata all'organizzazione ospedaliera.

Al settore ospedaliero, come e forse più di altre realtà organizzative è applicabile il concetto di catena del valore. Come Porter ci insegna, ogni organizzazione progetta ed esegue, al fine di soddisfare il bisogno del cliente, due tipi di attività. Quelle di supporto e quelle primarie.

L'approccio reso noto per la prima volta dal prestigioso accademico statunitense nel *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance* nel 1985 è stato più volte ripreso nella storia dell'economia moderna, e di recente nel particolare ambito dell'organizzazione ospedaliera da Cristiana Cattaneo. (*Theory of constraints (TOC) e innovazione nel governo dei processi in sanità*, 2013)

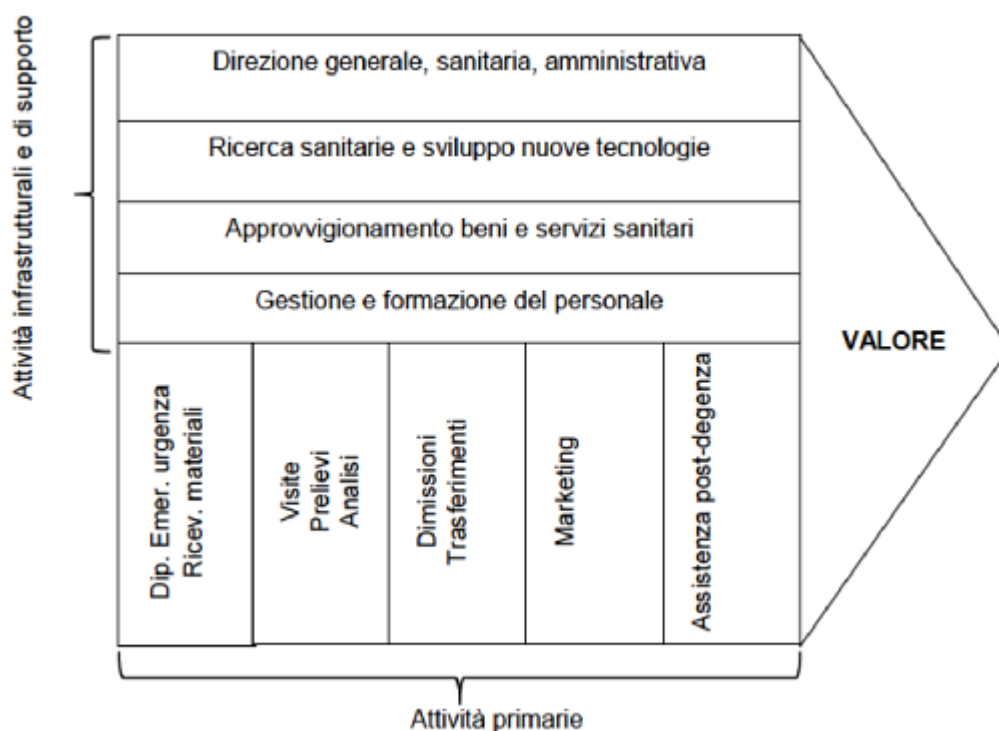


Figura 1

La catena del valore di un'organizzazione sanitaria, tratto da Cristiana Cattaneo (2013) *Theory of constraints (TOC) e innovazione nel governo dei processi in sanità*

Quindi anche in un'organizzazione sanitaria distinguiamo le attività cosiddetti primarie, da quelle cosiddette di supporto. Dove, come è ben noto, le attività del primo tipo sono quelli che direttamente contribuiscono a creare l'output dell'organizzazione, e dunque rappresentano molto spesso le peculiarità dell'organizzazione in questione.

Viceversa, le attività di supporto, sono tutte quelle che non contribuiscono direttamente alla creazione del bene o servizio finale, ma sono comunque imprescindibili affinché questo sia prodotto e sia reso fruibile al cliente ultimo.

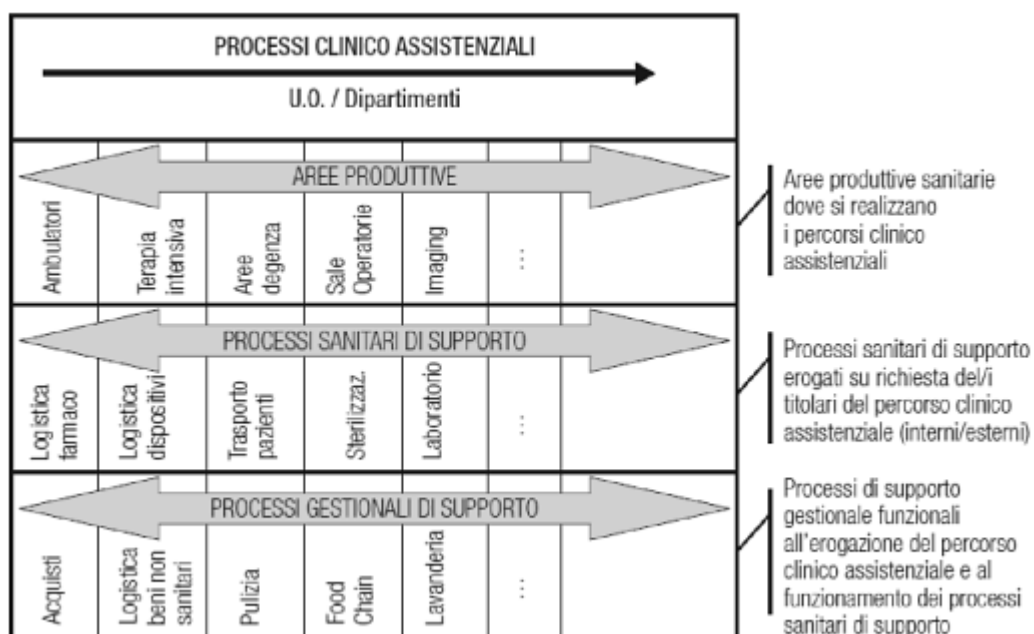


Figura 2

Classificazione dei processi in un'organizzazione sanitaria, tratto da Cristiana Cattaneo (2013) *Theory of constraints (TOC) e innovazione nel governo dei processi in sanità*

Lo stesso autore, Cristiana Cattaneo, produce un'altra interessante classificazione che stavolta riguarda la natura dei processi che si sviluppano all'interno di un'organizzazione ospedaliera, come si può notare nella figura in alto.

A seconda quindi della pertinenza clinica e assistenziale dei processi questi si dividono in:

- aree produttive, strettamente legate al livello clinico assistenziale;
- processi sanitari di supporto, mediamente legati al livello clinico assistenziale;
- processi gestionali di supporto, completamente slegati da questo livello.

2.1. La rilevanza dei servizi di supporto all'attività sanitaria

Per quanto riguarda il progetto al sant'Orsola, la nostra area d'indagine è completamente al di fuori delle aree cosiddette produttive, interessa la quasi totalità dei processi sanitari di supporto e anche parte dei processi gestionali di supporto.

Ma ribadiamo una caratteristica peculiare del sant'Orsola, che carica i processi appena presentati, comuni ad ogni realtà ospedaliera, di una problematica particolare.

Tale peculiarità è la collazione e distribuzione geografica.

È un ospedale, che come già detto, si estende su una ampia area, molto vicina al centro di Bologna, e soprattutto, nodo fondamentale per l'analisi che ci proponiamo di svolgere: è costituito da più padiglioni (sono più di 30) il che comporta, per il trasferimento di pazienti, operatori, strumentazioni, materiali, l'uscita da un padiglione, il percorrere uno spazio che è praticamente uno spazio cittadino, e poi rientrare nel padiglione di destinazione.

Nel proseguo ci sarà un'ampia descrizione di tutti questi processi di supporto, ma per darne un'idea si può intanto introdurre il processo del trasporto del paziente, da un reparto all'altro. Si tratta di uno spostamento, che coinvolge strumenti e personale e che è di una certa importanza per due aspetti:

- l'assistenza generale che il paziente riceve;
- le risorse umane e strumentali che questo servizio assorbe.

Il primo ambito di analisi, quello dell'assistenza generale che il paziente riceve, richiede un'enfaticizzazione, perché è vero che il trasporto paziente consiste di fatto, da parte dell'operatore preposto alla movimentazione, una banale spinta del carrello

su cui il paziente è posto, ma il processo non può essere analizzato solo per questo, perché:

- si trasporta una persona, non un materiale;
- proprio in virtù del luogo in cui siamo, non si trasporta una comune persona, ma una persona bisognosa di cure, un paziente, quindi ci deve essere un'attenzione ancora più particolare nell'attuazione dello spostamento.

Soffermandoci invece sul secondo punto della divisione precedente, il tema delle risorse impiegate nell'erogazione dei servizi, abbiamo già parlato della dimensione rilevante dell'ospedale, che quindi può far nascere in noi considerazioni legate da un lato all'ampiezza delle risorse necessarie all'erogazione dei servizi (molti operatori, molte strutture, molte strumentazioni), dall'altro alla possibilità di elaborazione di politiche di efficientamento che si basano proprio, secondo il principio dei rendimenti di scala, su questo largo di pool di risorse.

Proprio riguardo a questo ambito di gestione ottimale delle risorse si ritiene opportuno fornire un breve riassunto su quello che è stata la gestione dei servizi in sanità e su come si è cercato di aumentare il tasso di produttività delle risorse impiegate, si vorrà porre l'enfasi su due ambiti, sia su quello della gestione delle risorse umane, preposte all'attuazioni dei servizi socio-assistenziali-sanitari all'interno dell'ospedale, sia sulla gestione dei servizi di natura produttiva e industriale.

2.2. Evoluzione storica dei servizi ausiliari e delle figure professionali ad essi dedicate

Ritengo sia utile fornire in introduzione un breve riassunto su quali sono stati in Italia le evoluzioni nella gestione della sanità pubblica, per quanto è inerente la gestione delle attività sanitarie, sociali e delle operations.

Fino alla metà degli anni '80, la crescente domanda di assistenza è stata assorbita interamente dalla rete ospedaliera, che costituiva la struttura portante del sistema sanitario italiano.

Dalla seconda metà degli anni '80, gli ospedali italiani hanno riscontrato sempre più difficoltà nel far fronte alle prestazioni richieste per l'assistenza sanitaria, questa difficoltà è dovuta principalmente a due motivi:

- Onerosità dei costi sostenuti a causa dell'ampiezza della casistica di patologie che prevedono lunghi percorsi di degenza o trattamenti riabilitativi
- La carenza cronica degli organici e la necessità di una più adeguata formazione professionale del personale infermieristico.

Si è tentato di rispondere alla prima necessità creando soluzioni alternative, che prevedevano la deospedalizzazione delle cure e presupponevano pertanto, interventi anche sui versanti sociale e sanitario.

Così nei primi anni '90 sono state sviluppate forme di assistenza basate sulla gestione domiciliare dei pazienti, con l'eventuale ricorso a strutture residenziali o semiresidenziali qualora la cura a domicilio non potesse essere.

Questo evento è degno di nota perché segna un passaggio fondamentale ed oggettivo nella dinamica della gestione del sistema sanitario pubblico. Ovvero rappresenta la comprovata testimonianza che il sistema sanitario pubblico non risulta più in grado di rispondere efficacemente alla domanda; conseguentemente, si determinano aree di scopertura del servizio, progressivamente occupate da soggetti privati di varia natura ed estrazione (volontariato, cooperative sociali, studi professionali...)

La seconda problematica è stata invece inizialmente affrontata creando nuove figure di supporto, ciascuna con una precisa collocazione funzionale, come, ad esempio, l'Ausiliario Specializzato Assistenziale (ASA) e poi l'Operatore Tecnico Addetto all'Assistenza (OTA).

Formalmente ASA è il precursore dell'OTA, ma di fatto si è concretizzata una differenza tra le due figure, la prima suppliva a mansioni di carattere tipicamente socio-assistenziale ed è estranea al profilo sanitario, mentre la seconda pur includendo un orientamento sanitario si occupava maggiormente di processi di tipo tecnico-alberghiero e non di supporto all'assistenza.

Tale provvedimenti, non si sono dunque rivelati nel tempo soddisfacenti, tant'è che nella seconda metà degli anni '90, compare una nuova figura ospedaliera, quella dell'OSS (Operatore Socio Sanitario), che riunificava le figure dell'OTA, dell'Ausiliario Socio Assistenziale (ASA) e di altre figure ancora di più lontana istituzione. Con il compito di fornire supporto sia ai professionisti sanitari che a quelli del sociale.

La nascita dell'OSS è legata al presupposto principale di voler assicurare maggior flessibilità, e quindi un utilizzo ottimale delle risorse, creando così una figura da poter essere inserita tanto nel comparto ospedaliero quanto in quello sociale.

2.3. Le esternalizzazioni dei Servizi Ausiliari in Sanità

Il processo di outsourcing dei servizi “no core” inizia negli anni ‘60 del secolo scorso, negli U.S.A, ed assume un peso significativo negli anni ‘80.

Il suo successo è assicurato dagli aumenti di produttività conseguenti alla maggiore flessibilità dei fattori produttivi, in particolare del fattore lavoro, fenomeno diffusamente rilevato presso le imprese e gli enti che esternalizzavano le attività non strategiche.

Sul finire degli anni 70 si registra una forte crescita del processo pure in Europa.

In un’indagine realizzata nel 2004 da “Conceive”, si riportano le seguenti opinioni degli operatori di mercato (domanda e offerta) sull’esternalizzazione dei servizi “no core”.

In economia aziendale, la disciplina che controlla tutte le attività che non riguardano il core business di un'azienda, prende il nome di Facility Management.

Riprendendo i costrutti cardine della teoria della catena del valore si può quindi affermare che il Facility Management si intende la gestione (management) di ogni prodotto o servizio atto a supportare i processi primari di un’organizzazione (facility).¹

¹ Il facility management viene spesso confuso con l'outsourcing, ma quest'ultima può, ma non necessariamente, essere adottata per tale tipo di gestione.

Infatti per outsourcing si intende un ricorso a risorse esterne all’organizzazione, ma senza specificare che queste siano afferenti al lato “core” o meno dei processi aziendali.

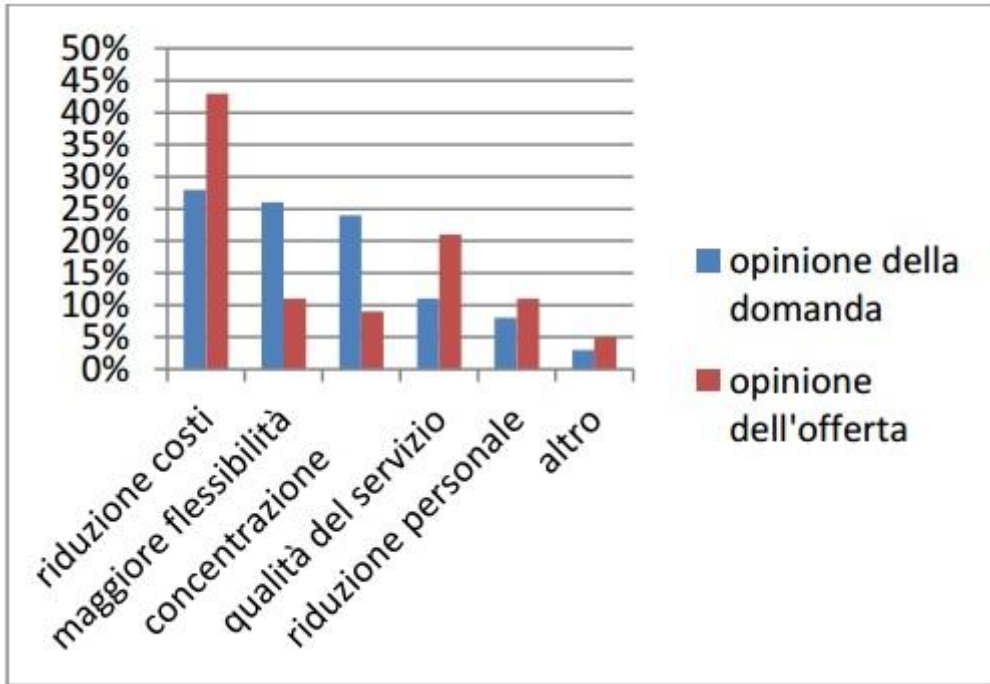


Figura 3

Obiettivi per i quali si ricorre al Facility Management, tratto da IFMA, International Facility Management Association, (2004)

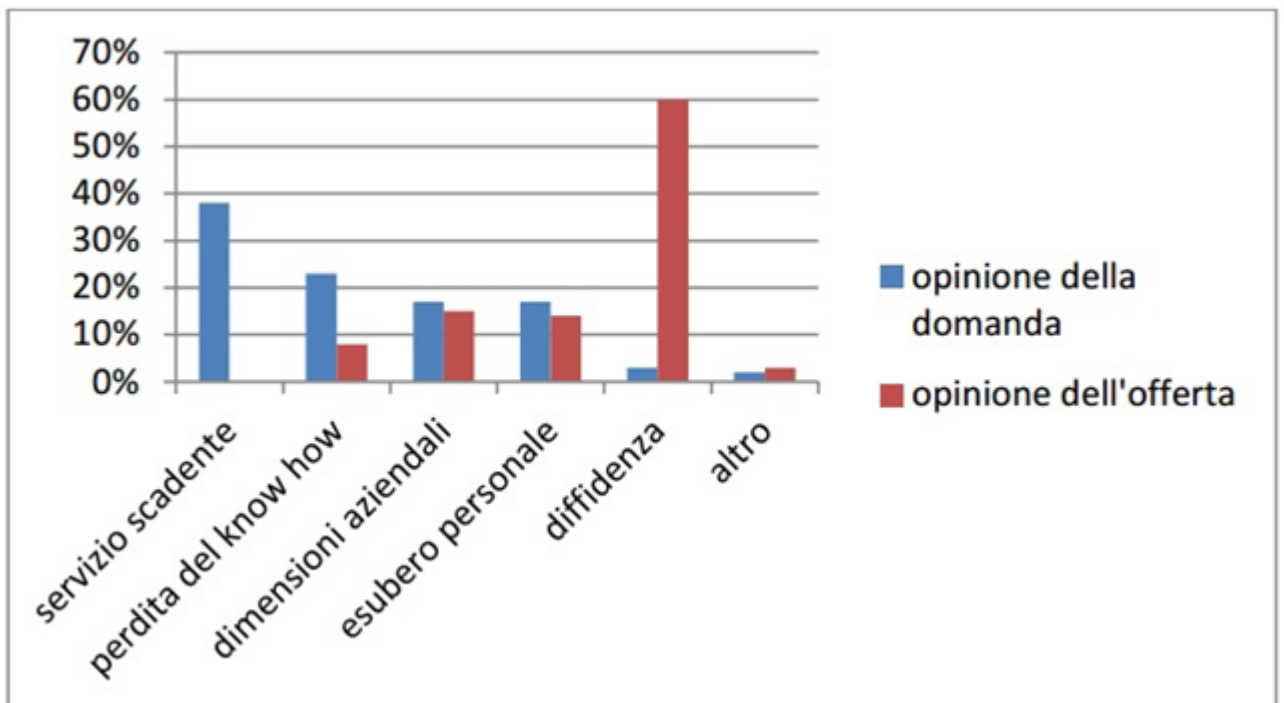


Figura 4

I motivi che ostacolano il Facility Management, tratto da IFMA, International Facility Management Association, (2004)

In Italia, il primo servizio ausiliario ad essere stato interessato da un processo di esternalizzazione in sanità è quello della fornitura del calore e di manutenzione di impianti tecnici negli ospedali, ed esso avviene già negli anni '60 del secolo scorso. Il processo nasce spesso dalla necessità, da parte degli Enti, del rifacimento di impianti e centrali termiche obsoleti o necessitanti di adeguamenti normativi, nonché dalla scarsa disponibilità dei fondi destinabili ad investimento.

Pertanto, gli Enti appaltano congiuntamente il servizio di fornitura dei carburanti per riscaldamento e quello relativo all'adeguamento degli impianti tecnici, loro gestione e manutenzioni, per periodi medio-lunghi (fino a 9 anni di gestione), allo scopo di consentire l'ammortamento del costo dell'investimento realizzato dall'impresa appaltante.

Il tal modo l'Ente può scaricare sul proprio bilancio i costi sostenuti alla voce costi di gestione (conto economico) piuttosto che su quella per investimenti (situazione patrimoniale).

Da questa esperienza positiva, si alimenta negli anni '70 lo stesso processo per il servizio di lavanderia, fino allora svolto internamente.

Questa esternalizzazione guida la creazione del sistema di "lavanolo", ovvero un processo che oltre al lavaggio include anche, ricondizionamento, sanificazione, stiratura e ripiegatura e che spesso si caratterizza per essere svolto in siti realizzati all'esterno dei territori nei quali gli ospedali sono insediati, liberando spazi preziosi per gli Enti: i costi si abbassano notevolmente rispetto a quelli sostenuti per lo stesso servizio svolto internamente; si realizza un aumento di produttività per effetto della crescente specializzazione del servizio che le imprese esterne conseguono, assicurando ai committenti minori costi a parità di qualità del servizio appaltato.

Sul finire degli anni 70 inizia lo stesso processo per il servizio di pulizie, assicurato fino a quel momento dal personale ospedaliero ausiliario. In questo caso, la motivazione prevalente dell'ente non attiene all'imputazione contabile dei costi (da "investimenti" alla "gestione"), bensì alla certezza dei costi stessi, alla continuità del servizio ed all'impegno delle direzioni sanitarie e infermieristiche, tenute al controllo della qualità del servizio anziché alla gestione dello stesso.

Sono pochi i casi oggi esistenti di servizi di pulizie ospedaliere ancora internalizzati. Sempre con maggiore gradualità e minore penetrazione, pure il servizio di ristorazione per degenti ed il personale dipendente degli Enti ha subito un processo

di esternalizzazione, che ha consentito un abbattimento dei costi per gli enti in quanto le imprese hanno potuto specializzarsi ed industrializzare il processo di erogazione del servizio, anche se in questo caso il sant'Orsola rappresenta un'eccezione, perché come vedremo il servizio di ristorazione è gestito quasi del tutto internamente.

Nell'arco di 40 anni la gran parte dei principali servizi tecnici ed alberghieri (gestione calore, lavanolo, pulizie, ristorazione) sono stati esternalizzati, si è trattato di un vero e proprio processo che ha portato alla "taylorizzazione" dei servizi ausiliari esternalizzati, con riduzione dei costi.

Questa tendenza è sostenuta da molti studi sull'efficienza economica delle organizzazioni sanitarie, per affermare la propria inevitabilità, che molto spesso è ancora criticata, ci vuole citare un noto studio effettuato da Alexander S. Preker, April Harding e Phyllida Travis.

La loro congettura muove da una fondamentale classificazione tra i beni in uso al sistema sanitario.

E questa classificazione tiene conto di due dimensioni:

- Contestability, letteralmente contendibilità. In riferimento ad un bene o servizio, rappresenta l'intensità delle barriere all'entrata e all'uscita, che un soggetto economico deve superare per entrare o uscire nel mercato di offerta del suddetto bene o servizio. Quindi un servizio con alta contenstability è un servizio che può essere facilmente offerto da nuove organizzazioni.
- - Measurability, letteralmente misurabilità, rappresenta la misura in cui un certo bene o servizio può essere oggettivamente definito, in modo perfettamente inopinabile.

Seguendo questa differenziazione si può costruire la seguente matrice.

	High contestability	Medium contestability	Low contestability
High Measurability	Type I	Type II	Type III
Medium Measurability	Type IV Non clinical activities Management support Laundry & catering Routine diagnostics	Type V Clinical interventions High technology diagnostics	Type VI
Low Measurability	Type VII Ambulatory care medical nursing dental	Type VIII Public health interventions Intersectoral action In-patient care	Type IX Policy-making Monitoring/evaluation

Figura 5

Classificazione delle attività di un'organizzazione sanitaria lungo la "matrice contestability/measurability" tratto da Alexander S. Preker, April Harding, Phyllida Travis (2000), "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory

Affiancata a questa matrice possiamo proporre un'altra, che vuole essere uno strumento per valutare l'orientamento ottimale, tra "buy" e "make" in funzione delle dimensioni "contestability" e "measurability" già descritte.

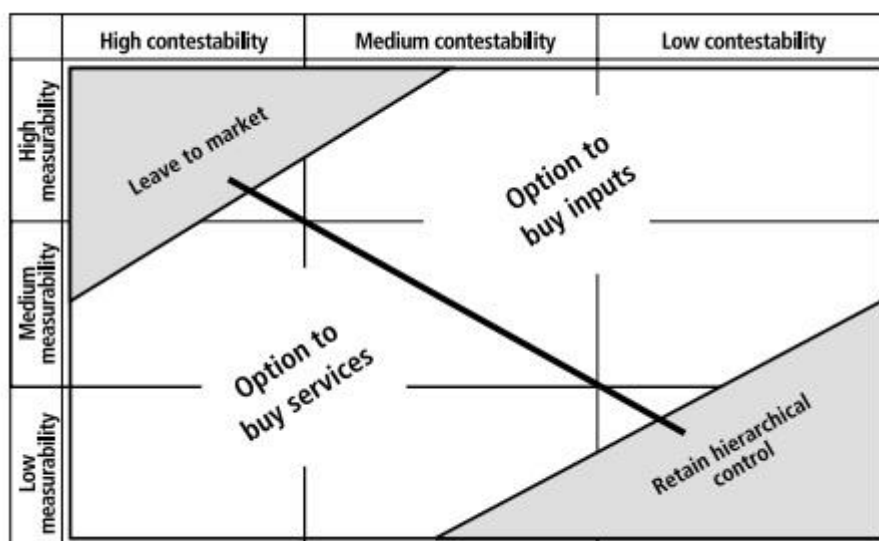


Figura 6

La "matrice contestability/measurability" come strumento di supporto alle decisioni di "make or buy" tratto da Alexander S. Preker, April Harding, Phyllida Travis (2000), "Make or buy" decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory

La matrice ci dice che beni e servizi a bassa contestability e measurability, devono tendenzialmente essere mantenuti in casa, ma per quanto riguarda invece valori alti di queste due grandezza deve essere preferito il profilo di esternalizzazione, perché questo porta i maggiori benefici.

Gli effetti negativi dell'esternalizzazione

Abbiamo quindi proposto una teoria che promuova, in certi condizioni, il ricorso all'esternalizzazione, ma ciò ha fatto perdere di vista le sinergie possibili fra i vari servizi, e nemmeno le esperienze di servizi appaltati in global service (ovvero una molteplicità di servizi appaltati contemporaneamente per favorire risparmi e la riduzioni degli sprechi con sinergie fra i servizi stessi) hanno consentito di recuperare gli effetti dell'avvenuta "taylorizzazione".

3. Il sant'Orsola

Il Policlinico Sant'Orsola Malpighi è a molti noto come un centro dell'eccellenza tra gli ospedali italiani. È uno dei più grandi ospedale d'Italia per numero di lavoratori (sanitari e non), per numero di utenti giornalieri, e per il valore stimato della struttura, delle tecnologie medico-farmaceutiche e del personale altamente specializzato che comprende.

In particolare i dipendenti del sant'Orsola sono 5400 (più del 1% degli occupati della provincia di Bologna), contro i 4500 del Gemelli di Roma².

L'ospedale si Bologna conta 1420 posto letto ordinari e 114 posti letto in day hospital, per un totale leggermente inferiore rispetto al dato dichiarato dall'ospedale della capitale, cioè 1596.

I fornitori che operano per l'ospedale sant'Orsola sono circa 1800. L'ospedale si estende su di una superficie di circa 210.000 metri quadrati. Da un estremo all'altro del complesso si deve percorrere più di 1 km.

Sotto si mostra una cartografia emblematica non solo dell'estensione geografica ma anche di un'altra caratteristica non comune in ospedali di queste dimensioni, la vicinanza al centro cittadino, dista meno di 2 km da Piazza Maggiore.

² I dati rilevati sono in riferimento all'anno solare 2013

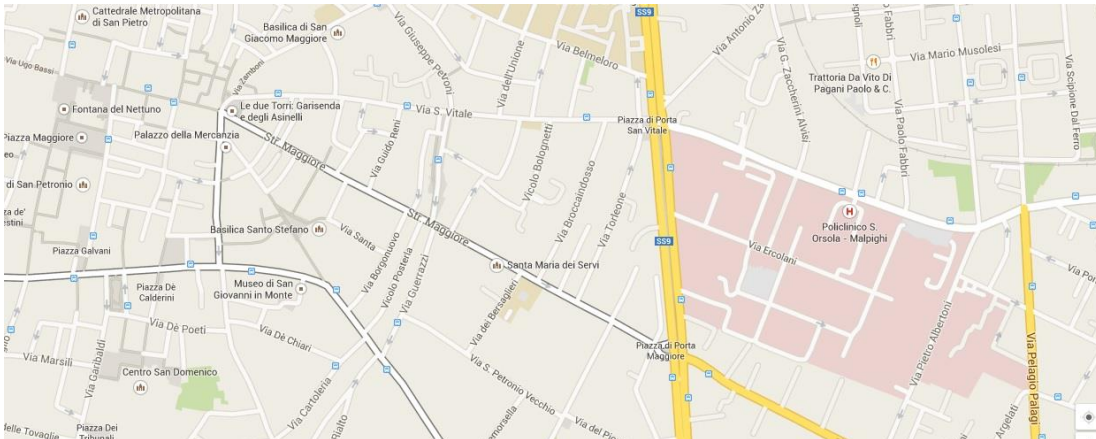


Figura 7

Cartografia della zona Est del centro di Bologna, in rosso tenue è evidenziata l'estensione del Policlinico, tratto da www.google.it/maps

Si stima che ogni giorno il policlinico accolga un flusso di 20000 persone, tra personale medico, amministrativi, fornitori esterni, pazienti, parenti e visitatori, studenti e dottorandi.

Il valore economico prodotto dall'Azienda si aggira intorno ai 560 milioni di euro, distribuito più o meno equamente tra costo del personale e acquisto di beni e servizi.

Il sistema sant'Orsola impatta per lo 0,8% del PIL della provincia di Bologna.

I posti letto sono circa 1500 e in un anno vengono effettuati circa 25000 interventi chirurgici.

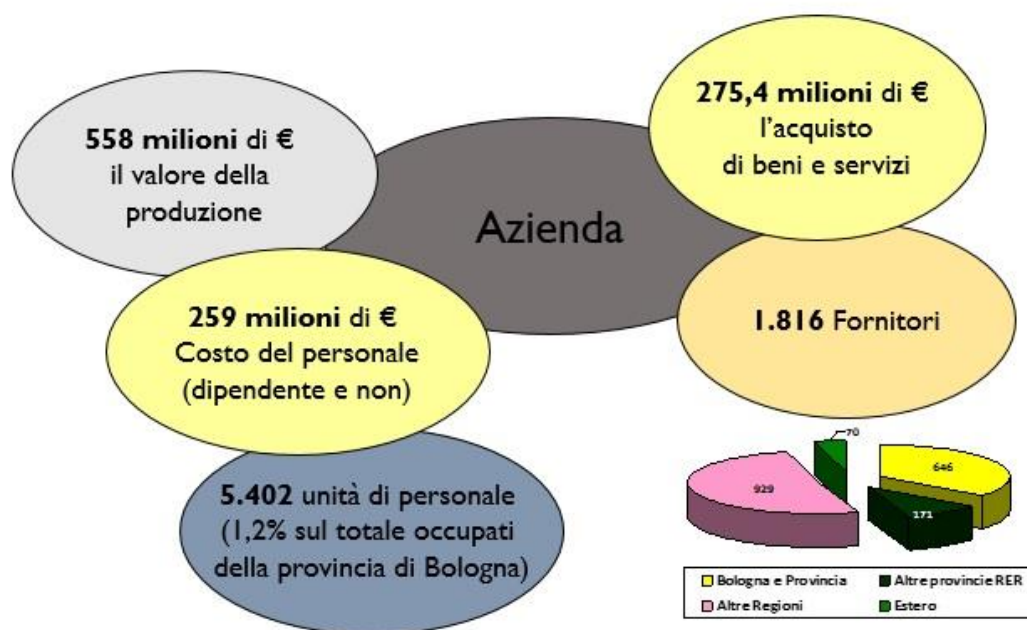


Figura 8

Indici economici (relativi all'anno solare 2013)

Un dato ancor più significativo è quello riguardante la popolazione di degenti, che per circa il 15% non sono residenti nella regione Emilia-Romagna.

Questi dati, aggiornati all'anno 2013, evidenziano quindi l'estensione geografica, la rilevanza occupazionale ed economica e l'eccellenza nel servizio prestato al cliente (dimostrato anche dal dato sui pazienti non residenti in Regione).

Il Sant'Orsola rappresenta dunque un'entità rilevante per il tessuto economico e sociale, bolognese, e non solo.

Questo non potrebbe essere fatto se non con un oneroso impiego di risorse finanziarie ed umane. A proposito di risorse, notiamo dal grafico come i finanziamenti del sant'Orsola siano per più della metà a carico di altre Regioni e quindi dello Stato, e come una buona parte venga invece dal comune e dalla provincia.

4. La Struttura Organizzativa

4.1. Dicotomia tra funzione gestionale e funzione medico-sanitaria

La grossa difficoltà nella gestione di una struttura sanitaria, sta nella sua duplice essenza.

Infatti esistono e si scontrano due logiche molto diverse: la prima è quella medico-sanitaria, la seconda è quella gestionale-amministrativa.

Per obiettivi e background delle figure che vi appartengono questi due mondi sono difficilmente conciliabili. Ma in un ospedale che funziona bene sono entrambi indispensabili. E devono necessariamente convergere.

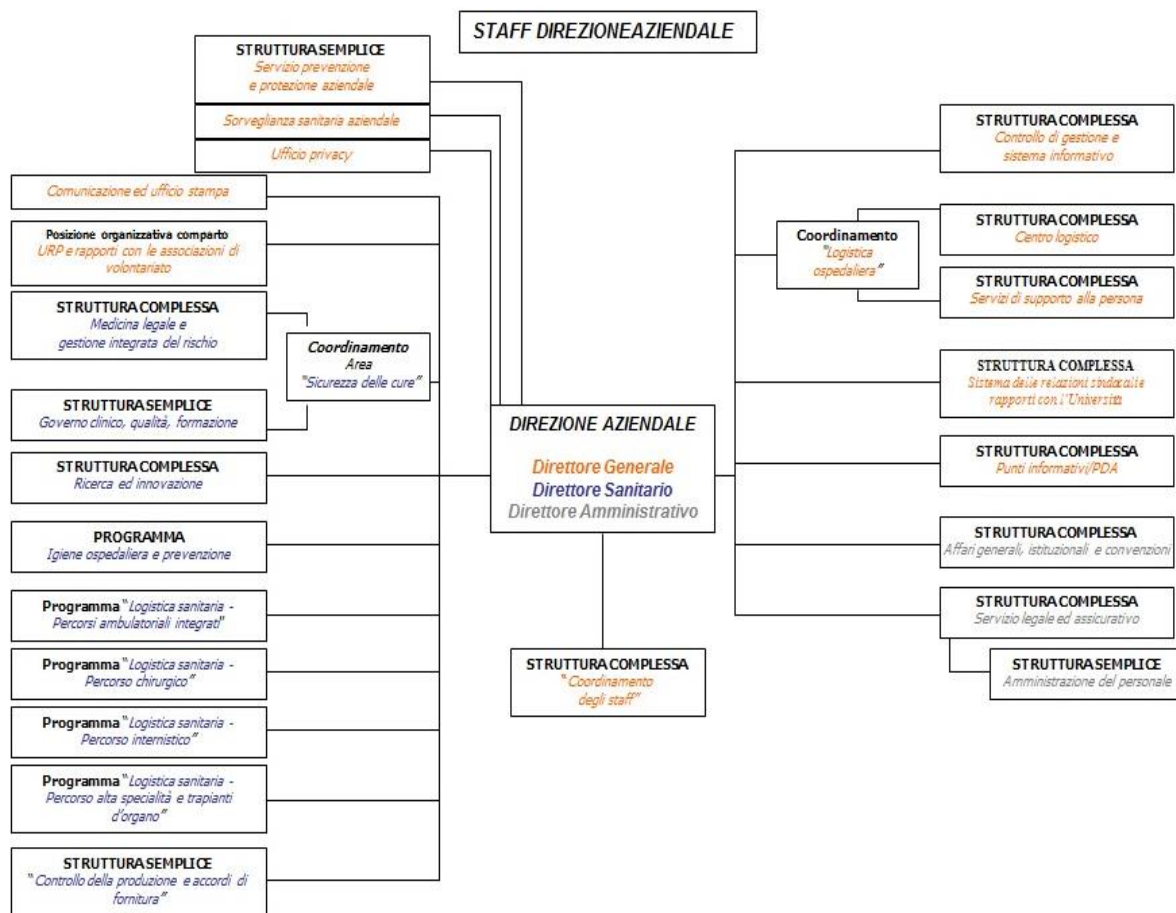


Figura 9

Organigramma Azienda Ospedaliera Policlinico sant'Orsola

Questo elaborato, ovviamente, tratterà esclusivamente delle tematiche gestionali dell'azienda ospedaliera, anzi solo di una ristretta parte di queste, ed è stato realizzato a seguito di un tirocinio svolto nel Dipartimento dei Servizi di Supporto alla Persona. (DSSP)

Ma prima di entrare nel dettaglio dell'unità organizzativa, sopra è mostrato l'organigramma dell'ospedale sant'Orsola, che però può essere preso ad esempio come organigramma generico di una struttura ospedaliera italiana.

Vediamo come la posizione più alta nella gerarchia sia quella di "Direttore Generale", figura che, secondo l'attuale gestione della Sanità Pubblica è nominata direttamente dalla Giunta Regionale, e che è rappresentativa della duplicità di orientamenti e logiche insite in un'organizzazione sanitaria, in quanto è colui che

nomina e supervisiona l'operato del "Direttore Sanitario" e del "Direttore Amministrativo" i rispettivi paladini delle due filosofie.

L'organigramma presenta poi un buon numero di diramazioni tra le quali troviamo anche il già citato "Dipartimento Servizi Supporto alla Persona". Unità organizzativa che sta in staff direttamente alla direzione generale, come un altro nutrito gruppo di strutture (complesse e semplici) di cui una (il centro logistico) forma con il DSSP un gruppo di coordinamento "logistica ospedaliera".

4.1.2. Approfondimento: La differenza tra struttura semplice e struttura complessa

La complessità di una struttura dell'organigramma dell'azienda ospedaliera è definita dalla numerosità e dalla eterogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai costi di produzione.

L'individuazione delle strutture aziendali, avviene sulla base del quadro complessivo risultante dalla convergenza delle seguenti variabili:

- *il posizionamento strategico o il grado di priorità d'azione, che riveste l'ambito di applicazione prevalente delle competenze e delle risorse cui si intende dare strutturazione;*
- *la riconducibilità del sistema tecnico (competenze e conoscenze) a discipline definite;*
- *la rilevanza, l'intensità, la frequenza dei rapporti istituzionali da intrattenere con soggetti esterni all'azienda;*
- *il grado di inter-settorialità, di interdisciplinarietà ed inter-professionalità, che è necessario governare per assicurare migliori livelli di efficacia, di efficienza e di rendimento degli interventi;*

- *la rilevanza qualitativa e quantitativa delle risorse da allocare, monitorare, organizzare e gestire;*
- *il livello di autonomia e responsabilità che è necessario assicurare per un appropriato, efficace ed efficiente assolvimento della funzione.*

Le strutture organizzative si distinguono in complesse e semplici, in relazione all'intensità assunta dalle variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e di responsabilità conferiti dall'Azienda Ospedaliera.

In generale, sono complesse le strutture organizzative che:

- *esercitano funzioni di committenza aziendale o di amministrazione per settori di attività o ambiti organizzativamente riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare;*
- *funzioni di produzione di prestazioni o di servizi che fanno riferimento ad un sistema di conoscenze e competenze, normalmente riconducibili a discipline normativamente riconosciute e che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;*
- *esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla direzione aziendale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda;*
- *coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione trasversalmente a diverse strutture dell'Azienda.*

Al Direttore di dette strutture compete la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Per quanto concerne le strutture semplici, esse possono qualificarsi sia quali 'articolazioni interne della struttura complessa', sia quali strutture aventi 'valenza dipartimentale o distrettuale': queste ultime sono specificatamente individuate dagli atti di programmazione regionale.

In generale, sono semplici le strutture organizzative che:

- *assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella della struttura complessa di riferimento;*

- *sono contrassegnate da una struttura di produzione con significativo valore economico, in termini sia di tecnologie che di risorse utilizzate.*

Le strutture semplici comportano responsabilità ed autonomia nella gestione di risorse umane, tecniche e/o finanziarie necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

Fine Approfondimento

Tornando all'organigramma proposto notiamo come i colori dei nomi delle unità organizzative possono essere arancioni, blu o grigio richiamando così il carattere amministrativo (grigio), sanitario (blu) e generale-gestionale (arancione).

Subito dopo aver definito i vincoli gerarchici del DSSP proviamo a indicare il suo ruolo e la sua competenza.

Qual è la sua attività? Cosa fa all'interno dell'ospedale?

Il DSSP ha la competenza su tutti i servizi offerti dall'ospedale (di natura sanitaria e non). Ovvero si assicura che tutti rispettino tutte le normative vigenti sulla cura del paziente, si occupa del loro coordinamento e si interfaccia con i fornitori esterni che molto spesso sono chiamati a contribuire (in parte o per intero) al processo di erogazione del servizio.

Coerentemente con quanto accadeva al livello più alto della gerarchia, anche all'interno di questa piccola unità organizzativa ricorre il tema del duplice orientamento: il DSSP non si trova ad offrire solo servizi di natura sanitaria, ma per il corretto funzionamento e l'adeguata cura del paziente debba anche svolgere processi ed offrire utilità che poco hanno a che fare con l'ambito strettamente sanitario.

Per semplicità possiamo suddividere il raggio d'azione del DSSP in 5 sottogruppi, come nel diagramma organizzativo:

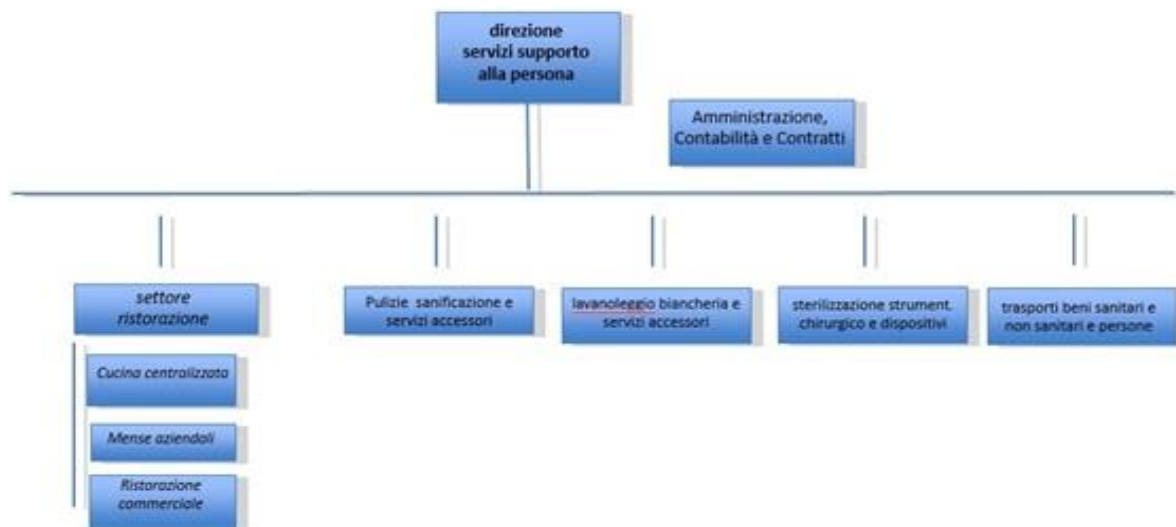


Figura 10

Struttura organizzativa Dipartimento Servizi Supporto alla Persona (DSSP)

I sottogruppi sono appunto:

- Pulizie e sanificazione
- Lavanoleggio
- Sterilizzazione strumenti chirurgici e dispositivi
- Trasporto beni sanitari, non sanitari e persone
- *Settore Ristorazione*

Per ognuna di queste aree di servizi esiste una figura unica, che ne ha la responsabilità.

L'ultima di queste aree, il settore ristorazione, compare in corsivo, perché è l'unica che ha delle ulteriori figure in line e che si caratterizza per agire su un servizio che è interamente interno all'ospedale.

Mentre gli altri 4 ambiti di servizio vedono sempre la partecipazione di un attore esterno all'ospedale.

Nello specifico le tre aree di lavanoleggio, pulizie e sterilizzazione sono appaltate a 3 divisioni della stessa impresa (*****), mentre per quanto riguarda i trasporti sono spartiti tra più imprese.

Per quanto riguarda il trasporto dei pazienti questo vede l'intervento di due fornitori in parallelo. Entrambi si occupano in principal modo del trasporto di paziente da un padiglione all'altro, quindi attraverso l'uso di mezzi di trasporti dedicati (ambulanze o moss³), uno dei due affianca inoltre anche il personale interno dell'ospedale nei trasporti all'interno del padiglione. (si parla del padiglione 5, che per intensità di flussi, dimensioni e per aver collocato al suo interno il pronto soccorso generale, possiamo definire come un ospedale nell'ospedale).

Ciò può essere confermato oltre che dalla grande concentrazione di reparti all'interno del padiglione 5, anche dall'intensità dei trasporti paziente da un padiglione all'altro, come si può vedere di seguito, la tabella si riferisce ai trasporti effettuati nell'anno 2013.

I trasporti interni al padiglione 5 infatti sono 25365, decisamente il valore più alto tra tutti i padiglione. Inoltre in totale i trasporti che interessano il padiglione 5, sia quelli interni, che quelli in uscita, che quelli in entrata sono 70887, su un totale di 102188. Quindi quasi il 70% dei trasporti effettuati nell'ospedale interessano uno solo dei 21 padiglioni, ovvero il padiglione 5. Il dato è molto rilevante.

³ Mezzo di trasporto utilizzato per la movimentazione dei pazienti è l'acronimo di Mezzo Operativo Sanitario Specifico (MOSS) nasce dall'esigenza di venire incontro ad un duplice bisogno:

- da un lato, quello di assicurare ai pazienti sottoposti a particolari terapie (es. dialisi) un servizio di mobilità sanitaria che conservi le garanzie e i contenuti di sicurezza sanitaria e che, allo stesso tempo, tenga conto dell'impatto psicologico che il veicolo "ambulanza" simboleggia;
- dall'altro, andare incontro ai bisogni di mobilità di persone con ridotta capacità motoria che non sempre e non necessariamente hanno bisogno di essere accompagnati a svolgere l'atto terapeutico da un'ambulanza. Presupposti inderogabili del progetto sono stati:

- "ideare" un automezzo sanitario di tipo specifico;
- condotto da personale con gli stessi requisiti richiesti dall'Ente Pubblico per la guida di ambulanze;
- che, per la tipologia di servizi a cui sarebbe stato adibito, non necessariamente doveva vedere coinvolti due operatori, bensì uno solo.

Tabella 1 Matrice dei trasporti paziente (dati relativi all'anno solare 2013)

NUMERO TOTALE TRASPORTI 2013 DA PADIGLIONE VERSO PADIGLIONE																							
Pad. Partenza	Verso padiglione																				vuoto	Totale	
	PAD1	PAD2	PAD3	PAD4	PAD5	PAD6	PAD7	PAD8	PAD11	PAD13	PAD14	PAD15	PAD16	PAD18	PAD21	PAD25	PAD26	PAD27	PAD28	PAD29			PAD30
PAD1	10	2334	44	106	2337	74		195	225	478	3	284			699	167		53	38	28	154	2	7231
PAD2	2346	89	633	181	5710	244	3	286	606	43	14	850			289	318	6	76	158	109	1212		13173
PAD3				17	1									12		8							38
PAD4	116	176	26	3	974	9		7	79	911	1	9		1	32	298	1			16	10		2669
PAD5	4919	14844	719	1142	25365	1256		385	215	1687	241	1430	1		1424	494	8	24	131	478	388	6+1	55151
PAD6	67	222	15	7	964			12	95	8	4	33			117	447	2		8	9	92		2102
PAD7		3																					3
PAD8	174	274	16	9	409	11			68		3	31			85	344	1	2	1	125	45		1598
PAD11	221	600	5	82	236	94		75		473	1	34	46		91	238	6	57	5	4	7		2275
PAD13	493	41	24	808	1496	14			121	3		3			42	111			2	147	130		3435
PAD14	4	16		1	271	4		2				2			11	7			6				324
PAD15	273	812	131	13	879	35		29	33	4	4	3			453	618		4	37	30	69	2	3429
PAD16					1											2							3
PAD18			11																				11
PAD21	711	319	91	32	993	109		83	84	43	3	502			4	17		11	1	12	252		3267
PAD25	230	310	31	283	480	443		589	251	106	5	619	2		14	6		1	2	11	61		3444
PAD26		5	4		7	2		1	5													1	25
PAD27	51	83			28			2	56		1	4			46	1			8	13			293
PAD28	42	160	2	1	135	9			5	4	5	22			1	2						9	397
PAD29	32	91		15	417	10		139	4	133		27			10	9			1			3	891
PAD30	134	1195		8	395	95		49	8	126		33			287	54			8	1			2393
(vuoto)		1			3	1																31	36
Totale	9823	21575	1752	2708	41101	2410	3	1854	1855	4019	285	3886	49	13	3605	3133	32	228	406	983	2433	35	102188

Dei trasporti torneremo a parlare molto approfonditamente nel proseguo, per adesso si può immediatamente notare come la struttura organizzativa del DSSP appena descritta è lontana dall'essere il modello ottimo per svolgere al meglio il compito che le è assegnato. Ci occuperemo però di un ridisegno organizzativo successivamente, nel capitolo dedicato.

5. I processi di supporto nel sant'Orsola

5.1. Descrizione dei processi

Per consentire una migliore comprensione dei processi che si descriveranno, si portano tre premesse:

Intanto è primario spiegare cosa sia un Punto Di Raccolta (PDR)

Ogni processo non assistenziale attivo al sant'Orsola si intreccia in un punto nodale condiviso. Questo punto è il PDR (Punto Di Raccolta), è uno spazio, di solito unico, al piano terra di ogni padiglione (anche se ci sono padiglioni che data la grande dimensione ne posseggono più di uno).

In questo luogo, molto spesso si realizza l'interfacciamento tra risorse interne dell'ospedale, che solitamente si occupano all'interno del reparto e si recano nel PDR solo per lasciarvi qualche materiale oppure approvvigionarsi, e risorse esterne all'ospedale: i vari fornitori di servizi.

Le successive due premesse invece vogliono delineare i modi ottimali della descrizione dei processi, muovendo dalle caratteristiche del contesto in cui ci troviamo. Facciamo riferimento quindi al carattere parcellizzato e non unitario, di descrizione processi, e al livello di indagine e di dettaglio di questa.

In particolare, quando parliamo di parcellizzazione, ci riferiamo al fatto che tutti i processi sono stati visti, descritti e analizzati dal punto di vista del reparto, e non del sistema ospedale.

Siamo ben cosci che questo focalizzarci solo in una parte del processo e non considerarlo nella sua interezza, sarà probabilmente bollato come gravissimo errore, che va addirittura contro i principi stessi del BPR e del cambiamento organizzativo. Infatti come Champy afferma “la reingegnerizzazione per portare beneficio deve guardare al processo nella sua interezza, senza confini, in questo caso le sue potenzialità sono sfruttate al massimo.”

Si accetta l'ipotesi che in questo lavoro non si è tenuto troppo conto di queste affermazioni, tenendo conto di una serie di elementi che hanno reso questa scelta di parcellizzazione obbligata, come ad esempio il contesto ospedaliero del sant'Orsola, nella sua dimensione e complessità, di cui abbiamo già parlato, ha reso imprescindibile questa scelta.

Come già evidenziato, il sant'Orsola è l'ospedale più grande d'Italia insieme al Gemelli di Roma, ed al suo interno ci sono circa 5400 dipendenti, molti dei quali hanno responsabilità, libertà decisionale, e che hanno competenze molte variegata (impiegati, ingegneri di processo, cuochi, personale sanitario, infermieri, medici,) poter analizzare processi così ampi, che riguardano così tante figure, che tra l'altro hanno prospettive a volte antitetiche, risulterebbe un lavoro molto oneroso per un navigato esperto del BPR figuriamoci per un pur volenteroso neo laureando.

Inoltre è da tenere in considerazione anche l'orizzonte temporale lungo il quale questo lavoro si è esteso. Con i 9 mesi di lavoro (che sembreranno tanti, ma il contesto appena descritto ci garantisce che non lo siano poi così tanto) era molto difficile addentrarsi in un'analisi globale ed a mio avviso era doveroso limare alquanto la presunzione di farlo, per non correre il rischio di ritrovarsi alla scadenza del tirocinio con un pugno di mosche in mano.

Quindi in questo elaborato si trattano i processi che possono essere direttamente attribuiti al funzionamento di un reparto, non processi che interessano il sistema ospedale come appunto può essere il trasporto del materiale biologico da un diverso ospedale al laboratorio analisi del sant'Orsola.

Un altro fattore è determinante nella scelta della migliore livello di approfondimento del processo, e cioè il fatto che ci sia un appalto in scadenza. Quindi non serve

entrare nel dettaglio di norme che tra pochi mesi non varranno più, ma è fondamentale mettere a fuoco i punti critici di un processo attuale e le eventuali possibilità di miglioramento.

L'ultima premessa che vorrei fare prima di illustrare più nel dettaglio i processi di nostro interesse riguarda l'orizzonte temporale delle norme previste dai contratti di fornitura. Quest'orizzonte è molto limitato, un paio di mesi. Quindi non ci vogliamo focalizzare sulle normative specifiche esposte nei contratti, i punti deboli, o non vogliamo sforzarci di descrivere con dovizia di particolari ogni possibile eccezione ad un processo definito, perché in primis non sono molti i processi definiti all'interno dell'ospedale ed inoltre questo sforzo avrebbe poco senso, dato che tra non molto tutte questa dovizia di particolari potrà essere beatamente cestinata. Un focus opportuno ed utile è invece quello di descrivere il processo ai fini di un importante cambiamento, ci è utile conoscere i fini del processo, i metodi, le opportunità, non certo gli errori che sono stati commessi in passato nel progettarlo in un determinato modo, oppure i molteplici di penali che possono essere pagate al sant'Orsola per un'ottemperanza del servizio.

Anzi il senso del lavoro è proprio determinato da questa evenienza, la scadenza dei contratti di fornitura, che obbliga l'ospedale a ripensare la gestione delle sue attività e da considerare evoluzioni organizzative.

I processi oggetto d'analisi sono quindi tutti quelli di supporto all'attività sanitaria, attribuibili al funzionamento di un reparto. Ed ogni reparto, al fine di completare tale processi di supporto, si avvale del personale socio assistenziale, di cui abbiamo prima ampiamente parlato. Quindi personale OSS.

Ovviamente la figura interna dell'OSS non è l'unica a eseguire ogni fase del processo, anzi, per quasi ogni processo, questa si interfaccia con altre unità, a volte altro personale interno dell'ospedale con alte qualifiche medico-sanitarie, altre volte, e più frequenti, con fornitori esterni, che non hanno una riconosciuta sensibilità assistenziale.

Comunque possiamo suggerire un'ulteriore classificazione tra i processi di supporto, stavolta di natura più pratica, ovvero:

- Quelli legati alla sfera sanitaria e assistenziale
- Quelli di natura più alberghiera o di trasporto beni

Tra i primi possiamo citare l'aiuto nel mangiare, il sostegno psico-fisico, la sostituzione delle lenzuola e della biancheria del degente, la cura dell'igiene personale del degente non autosufficiente, e così via.

Mentre tra i secondi possiamo indicare il lavaggio della biancheria, la sterilizzazione delle strumentazioni mediche, il trasporto di strumentazioni mediche o di campioni biologici, la pulizia degli spazi, e così via.

Si può subito notare come alcune attività di natura diversa, siano in realtà legate all'interno dello stesso processo. Tra quelle elencate possiamo fare l'esempio del processo di lavanolo, la sostituzione della biancheria e delle lenzuola del paziente è un'attività prettamente assistenziale, mentre non è tale il lavaggio di queste lenzuola o della biancheria.

Ci sono esempi più complessi in cui addirittura la distinzione tra assistenziale e non assistenziale è più difficile da definire, ad esempio nelle pulizie.

Indubbiamente tenere pulito il reparto, le camere di degenza, i bagni è un'attività non assistenziale, ma cosa possiamo dire al riguardo del comodino del paziente, del suo letto, della sua anta per stipare gli effetti personali? Non sono attività che possono essere svolte senza una predisposizione assistenziale.

Così come è vero che alcune attività non assistenziali non possono essere svolte senza un' almeno minima competenza infermieristica, facciamo l'esempio della pulizia delle strumentazioni.

Di fatto quindi i processi che gli OSS svolgono si possono distinguere in due tipi: quelli legati alla originaria natura di OSS, quindi di tipo assistenziale, e quelli invece di tipo extra assistenziale.

La nostra analisi va a concentrarsi su questo secondo tipo di attività, in quanto per prima cosa quella che da noi può essere studiata perché riteniamo di averne le adeguate competenze, cosa che non si potrebbe dire per le attività invece

assistenziali, ed in secondo luogo perché le attività di natura assistenziale difficilmente rientrano in quella categoria di attività che seguono un certo flusso determinato e fisso e per cui risulta difficile per queste ricercare criteri di ottimizzazione.

Dunque si può giungere alla conclusione che il modo migliore per adoperarci fosse quello di studiare i processi di natura non assistenziale, per non farli perdere in efficacia e sicurezza, ma cercando di ridurre la singola durata, di modo tale che, per ovvia conseguenza, il tempo che gli OSS (risorsa su cui sono allocate sia attività di natura assistenziale che non, come abbiamo già detto in introduzione) dedicano alle attività assistenziali per le quali sono specializzati sia maggiore.

Ricapitolando in modo più preciso i processi di supporto all'assistenza si dividono in:

- trasporto paziente;
- trasporto cose;
- trasporto vitto;
- lavanolo;
- trasporto materiale biologico;
- pulizie.

5.1.1. Il trasporto paziente

Lo spostamento dei pazienti è un processo critico per ogni ospedale, date le risorse umane e strumentali necessarie allo svolgimento ed il carattere di emergenza che talvolta sorge.

Ma il trasporto dei pazienti diventa ancora più critico quando lo spostamento non avviene solo in un ambito ristretto fatto di ascensori e corridoi (come siamo soliti immaginare quando pensiamo ad un ospedale) bensì in una realtà come il sant'Orsola che presenta una geografia di 30 padiglioni, di cui abbiamo parlato

distribuiti in modo molto dispersivo, che sono collegati tra loro da comuni tratti urbani.

Primo grosso distinguo che quindi è opportuno fare, è quello tra trasporti intra-padiglione ed inter-padiglione.

Il primo tipo è senza dubbio il più semplice, e può essere trattato come in un ospedale distribuito in un unico complesso.

Questo è di totale pertinenza dell'Operatore Socio Sanitario, le cui fasi sono dettagliatamente descritte nella mappatura.

Tranne che per il padiglione numero 5, il padiglione più grande, che di per sé rappresenta un ospedale nell'ospedale, dove proprio a causa dell'intensità di trasporti pazienti, la direzione ha scelto di coadiuvare il personale OSS con dei fornitori esterni (******) che si prendono in carico parte dei trasporti interni al padiglione 5.

Più complesso, come preannunciato è il trasporto del paziente tra due padiglioni diversi. Infatti questo implica l'adozione di un mezzo dedicato diverso dalla sedia a rotelle o letto mobile, (tipicamente un'ambulanza o MOSS*), risorsa quest'ultima che senz'altra rappresenta un costo di utilizzo molto più gravoso di quanto può essere quello di uno strumento utile alla movimentazione interna. Ed è quindi comprensibile come l'ospedale abbia scelta di esternalizzare questa attività.

Ma è da notare un secondo tipo di segmentazione all'interno dei trasporti inter padiglione il cui onere spetta ad unità esterne all'ospedale (fornitori).

Infatti esistono due organizzazioni esterne con i quali l'ospedale sant'Orsola ha siglato questo tipo di contratto. Questi due fornitori offrono di fatto lo stesso identico servizio, le metodologie ed i tempi però sono gestite singolarmente tra singolo fornitore e ospedale.

Questo è senza dubbio un punto di criticità del sistema, che analizziamo meglio.

L'ospedale si trova infatti ad accollarsi doppiamente il costo di negoziazione con il fornitore, e con ciò riduce il suo potere contrattuale con la ditta appaltatrice (dato che divide in due parti il suo volume di negoziazione) e per di più questa duplice

contrattazione ha anche un peso negativo in fase di erogazione del servizio perché che deve usufruire del servizio (tipicamente i reparti, le coordinatrici) non hanno un unico riferimento, ma probabilmente dovranno interfacciarsi nel caso di un trasporto con una società e nel caso di un altro trasporto con un'altra, questo rende più difficile la gestione e il controllo della qualità del trasporto.

È vero che Williamson ci suggerisce che può anche essere profittevole detenere due fornitori di uno stesso servizio, per far sì che il contraente del contratto sia tutelato da eventi avversi esterni o da un opportunismo del fornitore.

Ma questi vantaggi possono essere apprezzabili in principal modo in realtà molto dinamiche, che hanno un forte carattere di innovatività, oppure laddove il costo del servizio possa subire repentini e significativi innalzamenti, perché funzione di variabili esterne di difficile controllo. Ma non è certo questo il caso del servizio di trasporto pazienti interno ad un ospedale, che paga dunque solo gli svantaggi di un duplice accordo contrattuale.

Una nota particolare deve essere aggiunta in merito ad un padiglione dell'ospedale, il 5, che rappresenta di per sé un ospedale a parte, data la grandezza, il flusso di pazienti visitatori e personale, e le apparecchiature mediche di cui dispone. In questo reparto per adempiere al trasporto intra padiglione, che come si può immaginare è molto elevato, tanto più se si considera che al suo interno è presente anche il pronto soccorso, è presente anche un'altra unità i cosiddetti "grigini" ovvero il personale che la società fornitrice esterna ***** offre per contratto di appalto, contratto che è diverso da quello prima citato e che risponde ad altre tempistiche di rinnovo.

Al trasporto paziente dobbiamo dedicare un'attenzione particolare data la rilevanza di costo che rappresenta per l'Ospedale.

Al momento la tariffa con la quale l'ospedale paga i servizi di trasporto ai due fornitori esterni è una tariffa oraria sul tempo d'occupazione dell'ambulanza.

In tabella di seguito si mostrano i dati relativi ai trasporti paziente dell'anno 2013. Si specificano il numero di pazienti trasportati nell'anno, e i costi sostenuti per l'effettuazione di tale servizio, specificando poi l'incidenza percentuale.

Il termine COU è l'acronimo di Centrale Operativa Unificata ed è il centro di smistamento delle richieste di trasporto paziente. La COU, per l'erogazione del servizio, si rivolge ad un gruppo di fornitori esterni e associazioni di volontariato. Il fornitore esterno più importante è *****.

INTRA ed INTER stanno invece a significare se il trasporto è avvenuto tra padiglioni all'interno dell'ospedale (INTRA) oppure tra il sant'Orsola e l'esterno (INTER).

Il simbolo *** indica invece un altro fornitore esterno che però ha metodologie di gestione dei trasporti particolari quindi non rientra nella gestione COU.

Tabella 2

Costi e volumi dei trasporti paziente (dati relativi all'anno solare 2013)

	COU INTER	COU INTRA	***	TOT
Nro paz./anno	7510	46447	55749	109706
Percentuale	6,85%	42,34%	50,82%	100,00%
Costo/anno (€)	491956	1550080	792751	2834787
Percentuale	17,35%	54,68%	27,97%	100,00%
Costo/paz (€)	65,51	33,37	14,22	25,84

Si hanno dati più dettagliati solo per quanto riguarda i servizi forniti dal COU, quindi andiamo ad enucleare questi ultimi, essendo consci che questi interessano solo il 50% dei pazienti trasportati, per un costo che però è di oltre il 70% dei costi sostenuti dall'ospedale. Si può intuire che sia qui che si annida la più alta inefficienza.

Si mostra a tal proposito la successiva tabella.

Sono specificati i trasporti allocati al più importante fornitore (****), che svolge quasi il 70% dei trasporti affidati al COU.

Ci sono due punti da chiarire per assicurare una corretta comprensione.

Intanto la differenza tra trasporto dedicato e non dedicato, che può essere tradotto in trasporto organizzato e quindi per il quale è stata allocata anticipatamente un'ambulanza, e trasporto invece non organizzato, emergenziale, o che non può essere soddisfatto con la consueta flotta di ambulanze e MOSS specificate nel contratto di servizio.

Il secondo punto è quello di specificare la dicitura "senza doppioni" che compare in ogni colonna che specifica le ore/anno impegnate in trasporti.

Infatti alcuni viaggi hanno più persone a bordo, quindi il dato di ore/anno non è distribuito uniformemente su tutti i pazienti, bensì il dato delle ore deve essere corretto per questo aumento di efficienza dovuto ai trasporti con più di un paziente, si stima che questo fattore di correzione sia di 2500 ore/anno, che è stato già incluso nel valore totale finale.

Tabella 3

Costi e volumi dei trasporti paziente (dati relativi all'anno solare 2013)

Fornitore	INTRA				INTER				INTRA+INTER			
	Paz/ anno		H/anno (senza doppioni)		Paz/ anno		H/anno (senza doppioni)		Paz/ anno		H/anno (senza doppioni)	
	Dedic.	Non dedic.	Dedic.	Non dedic.	Dedic.	Non dedic.	Dedic.	Non dedic.	Dedic.	Non dedic.	Dedic.	Non dedic.
██████	30'034	1'148	15'770	740	425	1'558	409	2'006	30'459	2'706	16'178	2'746
TOT AMBUL	41'334 p/a		21'632 h/a		7'001 p/a		9'189 h/a		48'335 p/a		30'821 h/a	
MOSS	5'112 p/a		2'593 h/a		509 p/a		567 h/a		5'621 p/a		3'160 h/a	
TOT	46'446 p/a		24'225 h/a		7'510 p/a		9'756 h/a		53'956 p/a		33'981 h/a	

A questo punto convertendo il dato ore/anno in min/anno e distribuendolo uniformemente su tutti i pazienti trasportati otteniamo i dati mostrati nella tabella di seguito.

Tabella 4

Costi e volumi dei trasporti paziente (dati relativi all'anno solare 2013)

Fornitore	INTRA				INTRA+INTER	
	min/paz		min/paz		min/paz	
	dedic	non dedic	dedic	non dedic	dedic	non dedic
██████	31.5	38.7	57.7	77.3	31.9	60.9
TOT AMB	31.4		78.8		38.3	
MOSS	30.4		66.8		33.7	
TUTTO	31.3		77.9		37.8	

Il dato finale che ricaviamo è quindi che in media un trasporto paziente svolto da un'ambulanza del fornitore ***** dedicate dura 31,5 minuti. A differenza di un trasporto svolto con un'ambulanza non dedicata che dura 38,7 minuti.

Questo delta ammonta a più di 7 minuti, ovvero più del 20% del tempo impiegato per il trasporto dedicato, e questa differenza può essere interamente allocata al trasporto verticale, in uscita ed in entrata dal padiglione.

Per un trasporto dedicato, all'interno dell'ospedale, il trasporto verticale si stima in 21 minuti e di conseguenza il trasporto orizzontale (che in realtà è l'unico che necessita dell'ambulanza) pesa per poco più di 10 minuti.

Sapendo che il sant'Orsola paga il fornitore sulla base del tempo d'occupazione dell'ambulanza questo 20% di inefficienza, tra ambulanze dedicate e non dedicate, e più in genere il trasporto verticale per il quale si occupa l'ambulanza, ma in realtà non si utilizza, assume un peso considerevole dal punto di vista economico.

Se accettiamo la tariffa oraria, dobbiamo agevolare la presenza di ambulanze dedicate, cioè massimizzare il programma (e conoscere le fasce orarie in cui abbiamo regolarmente bisogno di più ambulanze)

Od ancor meglio non occupare l'ambulanza anche durante il trasporto verticale del paziente, ma fare eseguire questo ad una diversa risorsa, cosicché da liberare l'ambulanza per un tempo che come abbiamo visto può raggiungere anche i 20 minuti e da ridurre di molto il costo per il servizio di trasporto dei pazienti.

5.1.2. Il lavanolo

Quello del lavaggio e ricambio di biancheria e simili all'interno di un qualsiasi ospedale può essere un processo che molto spesso può passare inosservato, ma è senz'altro un processo che ha caratteristiche tali da renderlo particolarmente rilevanti in sede di ridisegno organizzativo. In primo luogo perché presenta dei fattori di alta standardizzazione, poi perché è svolto con una certa frequenza, perché per questo è molto importante garantire un'elevata qualità e affidabilità ed infine perché comporta l'interfacciamento di unità organizzative diverse tra loro.

Anche in questo processo vediamo l'interfacciarsi delle risorse interne dell'ospedale con dei fornitori esterni, in questo caso *****.

I fornitori si occupano del ritiro della biancheria sporca dal PDR di ogni reparto, del lavaggio del materiale riutilizzabile e dello smaltimento di quello non utilizzabile.

Il personale medico, invece, ha il compito di raccogliere la biancheria sporca e di sostituire questa (attività che implicano un contatto con il paziente, e che quindi possono essere svolte solo da figure preparate).

5.1.3. Il trasporto cose

Con questo processo vogliamo indicare tutte le attività di trasporto oggetti (non di natura biologica) che sono effettuati esclusivamente dall'OSS. Che un OSS, pagato ed istruito per portare assistenza ad un paziente debba essere l'incaricato anche di svolgere compiti di facchinaggio o postino è degno di nota. Tanto più se il contesto nel quale ci troviamo è quello di un ospedale che conta più di 30 padiglione su un'area che in totale è di tot metri quadri. La distanza massima tra un padiglione ed un altro è di tot metri, a piedi a passo svelto si impiegano tot minuti per percorrerla pari a tot percentuale del turno di un OSS.

La mappatura che poi seguirà è emblematica della coscienza e della standardizzazione dell'attuale processo. Cioè nulla.

5.1.4. Il trasporto materiale biologico

Intanto specifichiamo che parlando di materiale biologico, nella stragrande maggioranza dei casi, ci riferiamo a quel processo di trasporto al laboratorio chimico-microbiologico. Quindi è un processo a monte di quello dell'analisi del materiale biologico. Che ovviamente trattando di tematiche molto tecniche non ci proponiamo di analizzare.

In più si sottolinea che sono presi in considerazione le esigenze di trasporto che interessano i soli reparti interni al sant'Orsola e non la totalità (costituita anche dal trasporto del biologico proveniente al di fuori del complesso ospedaliero, ma analizzando al suo interno)

Per quanto riguarda quindi questi tipi di trasporto del materiale biologico ci si pone di fronte alla distinzione urgente e non urgente.

Nel trasporto non urgente, come è ovvio non è presente il carattere di emergenza e queste esigenze definiscono quindi un certo profilo di processo. Non è necessario che il materiale da analizzare giunga nel minor tempo possibile al centro di analisi, per cui i campioni da analizzare sono stipati nei PDR di reparto. E poi da qui sono presi in lotti e spostati fino al centro di analisi. La figura che si prende in carico il trasporto dal reparto al PDR è l'OSS, mentre a compiere la seconda parte del trasporto è un fornitore esterno.

Viceversa, se un trasporto di materiale biologico è urgente, è l'OSS stesso che dal reparto trasporta il materiale fino al laboratorio adibito alla specifica analisi, ovviamente per rendere il processo il più rapido possibile.

Se quindi adottiamo la visione dell'OSS potremmo distinguere il processo di trasporto del materiale biologico in modo analogo al processo di trasporto paziente. Ovvero in processo intra ed inter padiglione. E coerentemente con quanto accade per il trasporto paziente, si nota che anche il trasporto del materiale biologico è un processo di totale competenza dell'OSS se lo spostamento è interno al padiglione, viceversa, se questo interessa due padiglioni distinti, entra in gioco una terza entità, anche in questo caso esterna all'ospedale.

A differenza però del trasporto paziente, questo processo si interfaccia con l'unità che si occupa dell'attività di analisi.

Questo può essere un risvolto da tenere in considerazione in ambito di riprogettazione.

5.1.5. I servizi di pulizia

L'igiene è un requisito imprescindibile per ogni ospedale. Ci deve quindi essere massima attenzione e garanzia al riguardo. Ma allo stesso tempo è anche un processo che, almeno nella maggioranza dei casi, di competenze particolari, o di sensibilità sanitarie richieste invece in altri ambiti di attività.

Questo motiva dunque la scelta della direzione dell'ospedale di esternalizzare, buona parte del servizio, ad un fornitore esterno, ***** (lo stesso che si occupa della lavanderia)

Infatti è possibile generare economie di scale, spirito d'efficienza, e massimo utilizzo delle risorse.

L'ospedale infatti ha siglato contratti di fornitura anche per quanto riguarda il servizio di pulizia degli ambienti.

La gestione attuale del processo però è uno ha riscontrato più elementi critici, che proviamo brevemente a riassumere.

Innanzitutto ribadiamo l'assoluta rilevanza del processo, un ospedale è senz'altro il luogo che più in assoluto deve garantire certi livelli di pulizia.

Inoltre è rilevante la problematica della reale effettuazione della pulizia, quindi proprio della garanzia, sia in termini di tempistiche che di qualità. Esternalizzare un processo importante, che estende la sua attività su una area spaziale così ampia (210.000 metri quadri) senza escludere neanche un centimetro quadro da questo, è una scelta ben giustificata come abbiamo già detto, ma che implica conseguenze rilevanti.

Si sarà capito il riferimento al controllo dell'attestazione del servizio, in modi e tempi.

Chi controlla che le reali pulizie vengano effettuate? Chi controlla che queste vengano effettuate bene?

Ci sono due tipi di enti che attuano una forma di controllo sul giusto avanzamento delle attività di pulizia di ***** , una è il DSSP, che da norme contrattuali si obbliga di effettuare una serie di rigidi controlli che seguono metodologie specificate nello stesso contratto (si parla di 1000 controlli all'anno).

La seconda è una figura interna ad ***** , che ha doveri più stringenti dal punto di vista del numero di controlli da svolgere, ma è facile ipotizzare che sia fortemente orientata all'indulgenza.

La risposta avrà probabilmente generato confusione, e purtroppo anche sfiducia. Ma così specifica il contratto.

E della complessità con la quale è gestita una eventuale non conformità allo standard di pulizia definito in contratto.

Da notare c'è pure la questione della pulizia delle aree comuni. Infatti il controllo dell'avvenuta pulizia è abbastanza facile, e poco dispendioso, da effettuare presso un reparto. Perché esiste sempre un responsabile interno che regolarmente si muove in quell'ambiente e che ha sulla sua responsabilità la corretta pulizia del luogo. Diverso è invece per i luoghi comuni, come i corridoi tra reparti, o ancora di più, per gli spazi aperti fuori dall'ospedale. Dove può non essere così frequente la supervisione da parte di personale che ha il potere di inoltrare richieste di non conformità.

Proprio in questo ambito dell'inoltro di non conformità possiamo già qui suggerire uno spunto di ridisegno che guarda al paziente stesso od al parente del paziente. Figure, queste, senz'altro molto sensibili al problema della pulizia in ospedale, e che coprono praticamente ogni singolo angolo della struttura. Ideare una procedura rapida e semplice con la quale qualunque utente può indicare una certa mancanza dal punto di vista igienico può essere una soluzione da considerare.

Infine non è meno importante il tema della delicatezza delle pulizie svolte. Ci sono infatti delle normative che più che giustamente impongono che solo del personale specializzato abbia l'incarico di compiere delle pulizie su delle strumentazioni mediche particolari, oppure a stretto contatto con il paziente. Questa classe di

attività rappresenta dunque una piccola classe a sé che presenta criticità e metodologia tutte proprie.

5.1.6. La distribuzione del vitto

L'ospedale sant'Orsola è uno dei pochi ospedali che ad oggi ha una cucina industriale gestita direttamente dal personale dell'ospedale, allocata in un edificio adibito esclusivamente a quest'attività. Le persone che vi lavorano più di 110 persone.

I pasti che li vengono preparati sono distribuiti poi sia al paziente, che serviti nelle 2 mense dell'ospedale, che sono due e si trovano ai due estremi dell'ospedale, come in mappa.

Così da mantenere interno buona parte del processo del vitto: oltre che la somministrazione del pasto al degente, di consueta competenza dell'OSS, anche tutte le attività connesse alla preparazione del pasto, tutte le movimentazioni di questo dalla cucina ai punti di raccolta dei rispettivi reparti, ed anche le attività di lavaggio del materiale strettamente legato alla preparazione dei pasti è a carico degli addetti della cucina. Mentre invece il vassoio e gli altri strumenti funzionali al trasporto sono lavati e mantenuti da un fornitore in appalto (*****).

Il trasporto dei pasti dalla cucina ai punti di interesse PDR e mense è fatto al pranzo da fornitore esterno, mentre a cena e a colazione dallo stesso personale della cucina.

Questa scelta che può apparire strana in effetti lo sé, ma è dettata dal fatto che la cucina dispone di limitate risorse strumentali, funzionali al trasporto. E solo la mattina e dal tardo pomeriggio può garantire l'effettuazione del trasporto.

In questa sede noi siamo interessati al primo tipo di processo, ovvero quello che interessa la somministrazione dei pasti al paziente.

Quindi per quanto riguarda il ciclo del vitto al paziente, questo si compone della preparazione in cucina, la sistemazione dei pasti pronti in vassoi e carrelli che permettano il trasporto fino al PDR di ogni reparto (fino a questo punto le attività

sono in carico al personale della cucina), il trasporto del carrello dal PDR al reparto, e così la somministrazione del pasto (queste attività spettano all'Operatore Socio Sanitario del singolo reparto)

5.2. Rilevazione attività degli OSS

Chiameremo questa raccolta dati, “rilevazione delle attività extra-assistenziali degli OSS”.

Questa rilevazione è stata introdotta all’interno di questa alternativa di ridisegno perché imprescindibile ad ogni progetto di dimensionamento della squadra inter reparto, ma è stato un utile strumento per la valutazione, ed anche per la generazione di idee, di ogni alternativa presentata. Oltre che per permettere a me, che ho eseguito in buona la parte la raccolta, di sviluppare una conoscenza anche più tecnica dei processi svolti nei reparti, e di verificare l’inapplicabilità di altre potenziali proposte.

Intanto definiamo il campo dei reparti che hanno partecipato alla rilevazione.

Questi sono quelli che, all’interno del sant’Orsola, fanno parte di un gruppo di creato per generare opportunità di sviluppo e di innovazione e che si fonda quindi su uno stretto scambio di problemi e competenze, sia a livello medico-sanitario, (quindi tra i reparti), sia a livello gestionale amministrativo (quindi con gli altri organi gestionali dell’ospedale, tra cui anche e soprattutto il DSSP).

Ovviamente le metodologie di rilevazione sono state concordate con i coordinatori di tali reparti.

5.2.1. Metodo

Per arrivare alla definizione dello strumento di raccolta dati sono stati effettuati da DSSP alcuni colloqui (Arcangeli, Ruggeri, *****, Ruffini) ed è stato stilato il primo questionario, su cui il reparto di ***** e quello di Ruffini hanno effettuato una prima rilevazione della durata di 2 settimane.

Dopo questa iterazione è stata effettuata l'analisi dei dati, poi condivisa con i due coordinatori responsabili. ***** e Ruffini hanno potuto consigliare DSSP sia sul tipo di informazioni ricavate dai dati che sulla completezza dell'informazione ricevuta stessa. Due operatori coinvolti (uno per ogni reparto) hanno potuto consigliarci anche sullo strumento stesso.

E' stato dunque prodotto un secondo questionario per la rilevazione finale.

Il data entry è stato effettuato da ottobre a dicembre e i dati sono stati analizzati da metà novembre a dicembre.

5.2.2. Dati

5.2.2.1. Cosa

Sono state rilevate attività non assistenziali effettuate dagli OSS/OTA/ausiliari di reparto. Per attività non assistenziali si intendono attività necessarie alla vita quotidiana del reparto (magazzino, pulizie, trasporti, ...) ma che non includono l'assistenza sanitaria o sociale. Dopo alcuni colloqui e due questionari di prova è stata fatta una categorizzazione delle attività più ricorrenti per facilitare l'interpretazione dei dati. Nonostante questo esistono piccole differenze (es. alcuni operatori hanno riportato l'imbocco del paziente durante il pasto come un'attività non assistenziale, così come la distribuzione dei vassoi, altri reparti no).

5.2.2.2. Chi

La rilevazione ha coinvolto 13 coordinatori infermieristici e 15 reparti. In particolare sono stati gli operatori socio sanitari ad auto-monitorare le proprie attività non assistenziali.

Nel prospetto in basso vediamo i coordinatori che hanno partecipato alla rilevazione.

Tabella 5

Reparti e rispettivi Coordinatori infermieristici partecipanti alla rilevazione OSS⁴

Reparti Partecipanti	Coordinatori partecipanti
Oncologia ed Ematologia Pediatrica	█
Blocco Operatorio Urologico	█
Emodinamica	█
Polo Chirurgia Generale	█
Degenza Angiologia	█
U.O. Ortopedia e Traumatologia	█
Pediatria Specialistica	█
Medicina Interna	█
Degenza Chirurgia Generale	█
Pneumologia Terapia Intensiva	█
Chirurgia Pediatrica Neonatale	█
Degenza Pediatrica Neonatale	█
Terapia Intensiva Neonatale	█
Ambulatorio di Diagnostica Urologica	█
Chirurgia Pediatrica Generale	█
Degenza Chirurgia Pediatrica Generale	█

5.2.2.3. Durata

Su un periodo di circa due settimane consecutive. Il sabato e la domenica sono presenti solo se il reparto è attivo.

5.2.2.4. Come

Lo strumento di raccolta dati è un questionario (foglio A4), personale (nominativo) e giornaliero (per ogni turno di servizio). Se l'operatore effettua un'attività considerata non assistenziale, allora potrà segnare ora di inizio, ora di fine e tipologia dell'attività effettuata. Il questionario è consegnato a fine turno.

⁴ Si può notare come alcuni coordinatori infermieristici hanno la responsabilità organizzativa su più di un reparto

5.2.2.5. Correttezza dei dati

I dati raccolti sono il frutto di un auto-monitoraggio degli Operatori coinvolti, sotto controllo del coordinatore. Il risultato dipende quindi dall'accuratezza e dalla buona fede dell'operatore stesso.

A parte la cura dell'operatore nel segnare le attività effettuate, ogni reparto si è inoltre adeguato alle indicazioni di raccolta dati come meglio ha potuto, a seconda della possibilità del caposala e dei propri collaboratori OSS/OTA.

5.2.2.6. Pulizia dei dati

Sono principalmente tre gli elementi che impattano maggiormente sulla pulizia del dato e conseguentemente sulle attività di pre elaborazione dei dati, dopo l'attività di data entry:

Verifica incrociata telefonica con caposala responsabile di: quale operatore è presente in turno nella giornata (verifica di quanti operatori non hanno compilato la scheda nonostante le indicazioni ricevute). Infatti nel caso in cui un operatore si sia presentato in servizio e non abbia effettuato alcuna attività considerata non assistenziale, l'operatore stesso avrebbe dovuto consegnare il foglio vuoto.

L'assenza del foglio vuoto non ci permette di rilevare quante ore sono state dedicate alle attività non assistenziali rispetto alle ore totali del turno. Questo non sempre è accaduto.

Per ovviare a questa mancanza abbiamo telefonato ai coordinatori una volta effettuato il data entry per validare la presenza delle schede. Abbiamo quindi aggiornato i dati stessi.

Aggiunte ***se pranzo, non sempre specificate dagli operatori.

L'assenza del campo "fine ora di attività". Per ogni attività dichiarata sono da indicare ora di inizio e ora di fine. La tabella sotto riporta per quante attività è stata o meno dichiarata l'ora di fine.

Tabella 6

Attendibilità del dato (numero attività senza ora di fine specificata)

Reparto	Totale Attività	Attività senza ora di fine	Percentuale
A	228	35	15,35%
B	505	18	3,56%
C	945	0	0,00%
D	537	9	1,68%
E	839	174	20,74%
F	363	98	27,00%
G	268	2	0,75%
H	201	15	7,46%
I	291	39	13,40%
L	139	2	1,44%
M	232	1	0,43%
N	159	11	6,92%
O	450	18	4,00%
P	199	52	26,13%
Q	64	2	3,13%
Totale complessivo	5420	481	8,87%

Pur con i punti deboli evidenziati, il risultato del questionario è a nostro avviso portatore di una grande bagaglio informativo, che è stato visionato ed analizzato da molteplici punti di vista con molteplici finalità.

Per ragioni di sensibilità del dato ogni reparto è identificato da una lettera dell'alfabeto.

Infatti dai questionari si sono ricavate statistiche sulla frequenza di una certa attività, la sua durata media, la sua varianza, anche in funzione della fascia oraria presa in considerazione. Per ogni giorno su ogni reparto.

L'elaborazione dei dati e la validazione statistica è stato un lavoro corposo, che appesantirebbe troppo la trattazione, per cui in questo elaborato ci si limita a dare un risultato aggregato, e alcuni esempi di analisi sul reparto e validazioni statistiche.

5.2.3. Risultati, analisi ed interpretazioni

Il risultato del nostro lavoro è stato un cospicuo dossier che per ogni reparto ha analizzato secondo molteplici logiche i dati rilevati, i risultati sono molto significativi e sono stati molto utili in fase di analisi, ma allo stesso tempo la mole di dati è molto ingente, quindi si presentano in seguito nell'allegato "Dossier Dati Rilevazione Attività Extra Assistenziali"

In questo capitolo ci limitiamo a presentare solo un prospetto riassuntivo delle analisi svolte, che hanno portato all'individuazione di tre grandezze, queste sono:

- Per ogni giorno della rilevazione, la percentuale di tempo dedicato alle attività non assistenziali su totale del tempo disponibile dell'OSS,
- Per ogni giorno della rilevazione, i tempi assoluti dedicati a ciascuna specifica attività non assistenziale,
- La media, su tutti i giorni della rilevazione, del tempo dedicato alle attività non assistenziali per ogni ora dell'orizzonte di rilevazione.

Questi parametri sono stati scelti in collaborazione con il reparto DSSP, come i migliori ed i più sintetici per evidenziare la mole e le caratteristiche delle attività svolte nei reparti.

Tabella 7

Prospetto riassuntivo attività non assistenziali per reparto

Reparto	% tempo in media	Quali attività (in ordine di rilevanza)	Distribuzione nell'arco della giornata	Cumulativo/gg (lun-dom)	Cumulativo/gg (lun-ven)	Note
██████	53,76%	TP A	Omogenea con leggero picco alle 13:00 Rilevante l'attività delle 18:00		16h/gg con 3,5 OSS/gg 4h30m/OSS	La rilevazione non è stata supervisionata dal DSSP e presenta tempistiche difficilmente compatibili con quelle degli altri reparti
██████	22,23%	TP	Omogenea con leggero picco alle 10:00		7h30m/gg con 4,5 OSS/gg 1h45m/OSS	
██████	23,56%	TB TC TP V	Disomogenea Molto intensa la tra le 9:00 e le 11:00	2 h/gg con 1,3 OSS/gg 1h30m/OSS	2h20m/gg con 1,2 OSS/gg 2h30m/OSS	È ragionevole pensare che manchino un numero rilevante di questionari
██████	7,54 %	TB TC V	Omogenea con picco tra le 9:00 e le 11:00	1,5 h/gg con 3 OSS/gg 30m/OSS	1h45m/gg con 3 OSS/gg 35m/OSS	
████████	25,43%	A (attività di lattario) TB TC TP	Omogenea con picco molto importante per lattario alle 7:00	6 h/gg con 3,5 OSS/gg 1h45m/OSS	6h20m/gg con 3,8 OSS/gg 1h40m/OSS	
██████	11,50%	V TB TC	Omogenea con picco importante alle 13:00	3h30m/gg con 4,1 OSS/gg 50m/OSS	4h30/gg con 5 OSS/gg 55m/OSS	

Tabella 7 segue

Prospetto riassuntivo attività non assistenziali per reparto

Reparto	% tempo in media	Quali attività (in ordine di rilevanza)	Distribuzione nell'arco della giornata	Cumulativo/gg (lun-dom)	Cumulativo/gg (lun-ven)	Note
██████	11,66%	V TB TC	Disomogenea a carattere altalenante Particolarmente intensa alle 10:00	3h10m/gg con 3,8 OSS 50 m/OSS	3h30m/gg con 4 OSS 52 m/OSS	
██████	21,11%	TP (molto rilevante) TB TC	Omogenea, con picco alle 11:00	9h20m/gg con 6 OSS/gg 1h30m/OSS		
██████	38,19%	P (molto rilevante) A (attività di riordino) TP L TB	Si apprezza la comprensibile differenza di carico di lavoro tra notte e giorno. Durante le ore diurne la distribuzione è omogenea, con picco tra le 10:00 e le 12:00	24h30m/gg con 9,1 OSS/gg 2h40m/OSS	25h40m/gg con 9,4 OSS/gg 2h45m/OSS	I questionari si estendono anche ai turni notturni ed includono ogni tipo di attività extra-assistenziale
██████	11,31%	V TC P TP	Omogenea, con picco alle 11:00	5h/gg con 6 OSS/gg 50m/OSS	5h/gg con 6 OSS/gg 50m/OSS	I questionari includono anche attività di carattere assistenziale (soprattutto per quanto riguarda il processo V-vitto) Si è cercato di ripulire il dato nel modo più accurato Si noti come il carico di lavoro sull'OSS rimanga invariato tra l'infrasettimanale e fine-settimana

Tabella 7 segue

Prospetto riassuntivo attività non assistenziali per reparto

Reparto	% tempo in media	Quali attività (in ordine di rilevanza)	Distribuzione nell'arco della giornata	Cumulativo/gg (lun-dom)	Cumulativo/gg (lun-ven)	Note
██████	20,8%	TC V TB TP	Omogenea, con picco alle 11:00	2h40m/gg con 4 OSS/gg 40 m/OSS	3h15m/gg con 4 OSS/gg 50m/OSS	C'è uno scostamento considerevole tra i questionari compilati e gli OSS che dal piano turni risultano presenti in reparto.
██████	23%	TP (molto rilevante) TB V TC	Omogenea, con picco alle 9:00	2h35m/gg con 2,6 OSS/gg 1 h/OSS	2h45m/gg con 2,6 OSS/gg 1 h/OSS	La rilevazione si estende su un accettabile numero di giorni, anche se questi non sono consecutivi.
██████	13,05%	TP TC V TB	Omogenea, con picco alle 11:00	3h20m/gg con 4OSS/gg 50 m/OSS	3h20m/gg con 4OSS/gg 50 m/OSS	I questionari non sono stati compilati individualmente dagli OSS, ma in coppia.
██████	9,56%	V TC TP TB L	Omogenea, con picco alle 15:00	2h40m/gg con 4,5 OSS/gg 35 m/OSS	3 h/gg con 5 OSS/gg 35 m/OSS	
██████	12,40%	TC P TB	Omogenea, con picco alle 16:00		2h/gg con 2,3 OSS/gg 50 m/OSS	

6. Mappatura dei Processi

6.1. Scegliere la metodologia più adatta

Adesso che si è dato una descrizione discorsiva e informale dei processi in atto e delle loro peculiarità, si vuole procedere ad una rappresentazione più sintetica, standardizzata e formale. Si fa riferimento quindi ad una mappatura di processo. Come è noto esistono molteplici tipologie di mappatura, e proprio questa duttilità è un punto di forza dello strumento.

Dato che è un processo aziendale è spesso un'entità molto complessa, che presenta numerose sfaccettature, dimensioni, attori, rischi e opportunità, può essere rappresentato secondo molteplici prospettive di analisi, che permettono di focalizzarsi su talune entità e dimensioni del processo, anziché su tal altre.

Lo sforzo concettuale che deve attuarsi prima di ogni processo di mappatura è scegliere quasi sia la miglior prospettiva di analisi, ovvero quasi sia il miglior metodo di mappatura.

Le più note metodologie di mappatura sono senza dubbio il BPMN, l'EPC e l'UML. Event-driven Process Chain (EPC)

Event-driven process chain è una metodologia di modellazione ideata da Keller nel 1992, che lavorava per SAP.

Come il nome stesso indica, è una metodologie guidata da eventi, i quali scandiscono l'inizio e il termine, di ogni stato che il sistema assume, ovvero indicano quando il sistema passa da uno stato al successivo.

Infatti le attività che sono svolte all'interno del processo in questo tipo di mappatura assumo il significato di stato del sistema, cioè nel momento in cui si svolge una certa attività del processo, possiamo pensare che il sistema azienda sia rappresentato da quella attività, ovvero quello sia lo stato del sistema.

Quindi oltre che “event-driven”, possiamo chiamare questo metodo anche “state based”, basato sugli stati del sistema, per accentuare la differenza con altri modelli di mappatura (come ad esempio BPMN) che si vogliono concentrare soprattutto sulle interazioni e le comunicazioni tra le varie unità organizzative del sistema. Vediamo che nella notazione del EPC quello che abbiamo chiamato stato, è chiamata “function”, e assieme a questi esistono i consueti connettori logici che legano stati a eventi.

Ogni stato inoltre può essere descritto più ampiamente attraverso l'utilizzo di altri costrutti, questi sono:

- Unità organizzative responsabili di un certo stato del sistema.
- Dati e informazioni in input e in output
- Rischi correlati ad ogni stato
- Applicativi informativi utili allo svolgimento dello stato

Una volta definite tutte le viste del modello di processo di business si ricava il cosiddetto modello di processo di business consolidato che altro non è che l'unione delle viste del processo definite precedentemente.

Quindi all'interno di un EPC possiamo individuare almeno 4 viste:

- Entità responsabili del processo e loro relazioni: descrive le entità responsabili coinvolte nel processo di business, i loro output e le loro relazioni di comunicazione sotto forma di diagrammi di interazione.
- Flusso funzionale: il diagramma descrive le attività appartenenti al processo di business che devono essere eseguite. A differenza del precedente diagramma, nel flusso funzionale il punto di vista è la sequenza dinamica delle attività.
- Flusso di output: questo diagramma descrive le relazioni tra gli output prodotti dalle attività del processo di business.
- Flusso informativo: il diagramma mostra gli oggetti di informazione utilizzati durante il processo di business (ad esempio per scambiarsi dati tra attività).

Un event-driven process chain consiste di tre costrutti fondamentali.

- Funzioni: rappresentano i blocchi di base. Rappresentano una attività che deve essere eseguita.
- Eventi: descrivono la situazione prima e dopo l'esecuzione di una funzione. Le funzioni sono collegate da eventi. Un evento potrebbe corrispondere ad una post-condizione di una funzione e agire come una pre-condizione di un'altra funzione.
- Connettori logici: possono essere utilizzati per collegare le attività agli eventi (AND, XOR, OR). In questo modo si specifica il flusso di processo.

Ed il flusso di processo che questi tre elementi evidenziano può essere dettagliato per mezzo di altri costrutti accessori, che asseriscono ai 4 tipi di vista a cui abbiamo fatto riferimento prima. Per ulteriori approfondimenti si rimanda agli articoli indicati in bibliografia.

Come già accennato il BPMN (Business Process Model and Notation), invece si focalizza di più sulle interazione tra le varie unità organizzative che costituiscono l'organizzazione. Non rientra tra gli obiettivi di questo elaborato la descrizione dettagliata di tutte le metodologie di mappatura, per ulteriori approfondimenti si rimanda alla bibliografia.

Infine l'UML, (Unified Modeling Language) è come appunto si deduce un linguaggio di modellazione unificato. I suoi punti di forza sono quello di essere lo strumento in assoluto più conosciuto e diffuso nel panorama della software engineering e questo gli permette di essere una sorta di "lingua franca", ed in più quello di offrire una semantica molto precisa ed un enorme potere descrittivo. Queste qualità hanno un prezzo da pagare, ovvero una notevole confidenza con lo strumento, senza la quale non si riuscirebbe ad esprimere tutte le potenzialità, e la sceglierlo significherebbe soprattutto complicarsi di molto la vita.

Si è scelto l'EPC, perché presenta, a nostro avviso dei vantaggi da un lato sia rispetto alla notazione BPMN, dall'altro sia dalla notazione UML.

L'EPC è più adatto alle nostre esigenze rispetto al BPMN, perché il primo consente di un livello d'analisi che può essere più alto di quello del BPMN che tipicamente si costruisce sulla descrizione di ogni task elementare, sforzo concettuale che può essere difficilmente intrapreso quando i task in questione, sono di carattere sanitario e quindi prevedono competenze e sensibilità che chi scrive non possiede.

Diretta conseguenza di questa differenza di livello, se così possiamo chiamarla, è la possibilità di indagare il grado di partecipazione di una certa unità organizzativa alle attività di cui si compone un determinato processo. E soprattutto di poter valutare la bontà di allocazione alternative delle attività.

Rispetto all'UML l'EPC si presenta più semplice, immediato ed intuitivo e queste sono le ragioni per le quali lo preferiamo.

In seguito sono quindi mostrate le mappature di ogni processo non assistenziale.

6.2. Legenda della mappature di processo

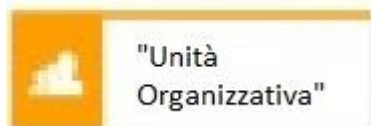
Prima di presentare le mappature dei 6 processi di supporto si introduce una brevissima legenda, utile ad una corretta interpretazione.



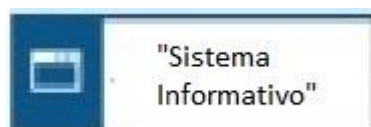
Costrutto che si trova sempre a monte o a valle di un'attività, e che ne determina rispettivamente l'inizio o la fine.



Indica l'attività da svolgere (è connessa agli eventi tramite linee di flusso)



Indica l'unità organizzativa preposta allo svolgimento di una determinata attività (è connessa a questa tramite linee di flusso)



Indica un sistema informativo sfruttato al fine di eseguire una certa attività (è connesso a questo tramite linee di flusso)



È connesso tramite linee di flusso ad un'attività, ed indica un rischio che si presenta nell'esecuzione di quella attività.

6.2.1. Mappatura Lavanolo

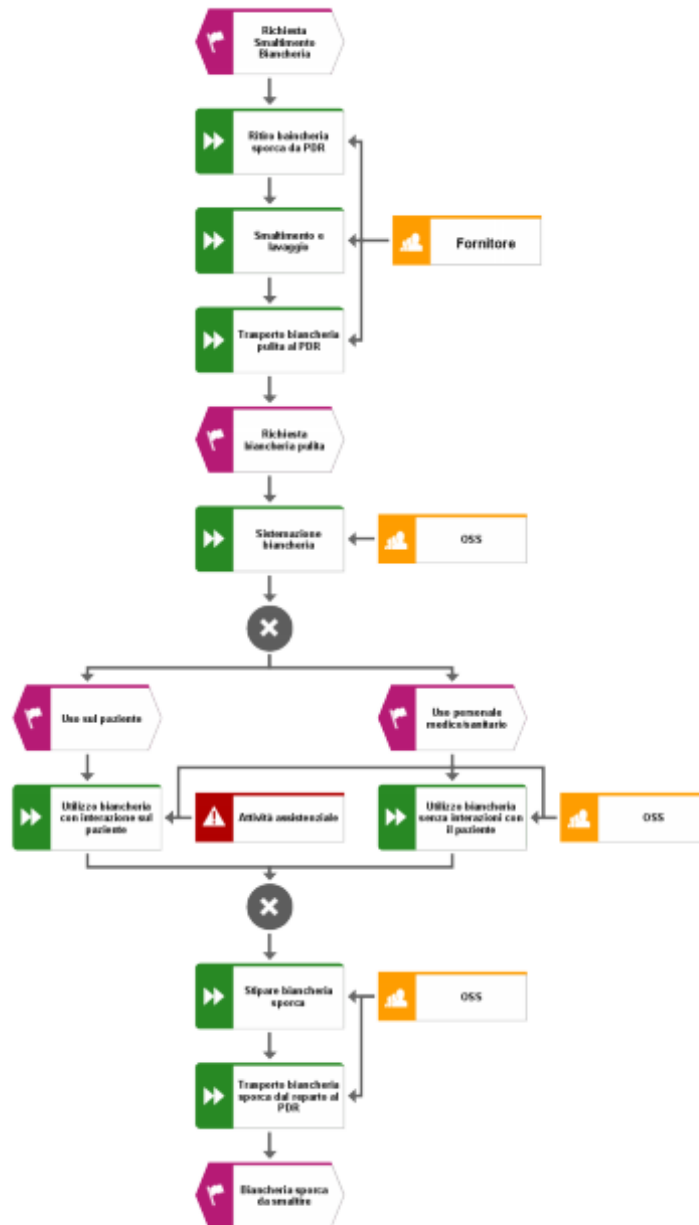


Figura 11

Mappatura EPC Lavanolo

Si nota come in questo processo sia presente il rischio “attività assistenziale”. In questa, ed in tutte le successive mappature, la presenza del costrutto di rischio avrà sempre questo significato così da poter orientare certe prospettive di ridisegno. Infatti attività assistenziali devono necessariamente essere svolte da personale qualificato.

6.2.2. Mappatura Trasporto Biologico

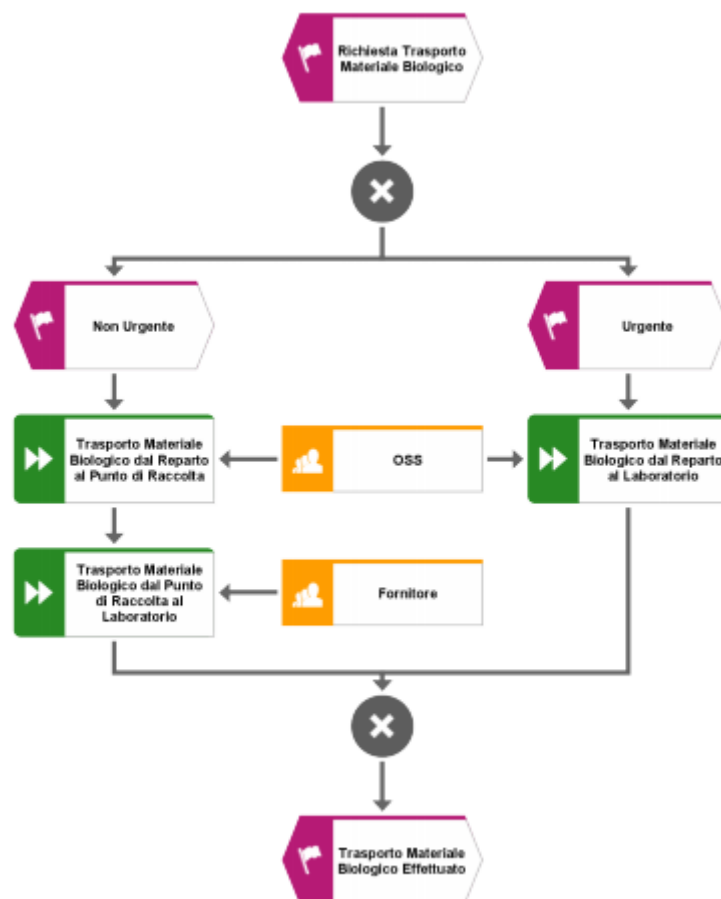


Figura 12

Mappatura EPC Trasporto materiale biologico

Si caratterizza per l'assenza di rischio, quindi dal punto di vista della tutela assistenziale del paziente questo processo si presta ad un'allocazione a personale non prettamente qualificato in ambito socio-assistenziale, per cui anche ad essere esternalizzato a fornitori esterni.

6.2.3. Mappatura Servizi di Pulizia

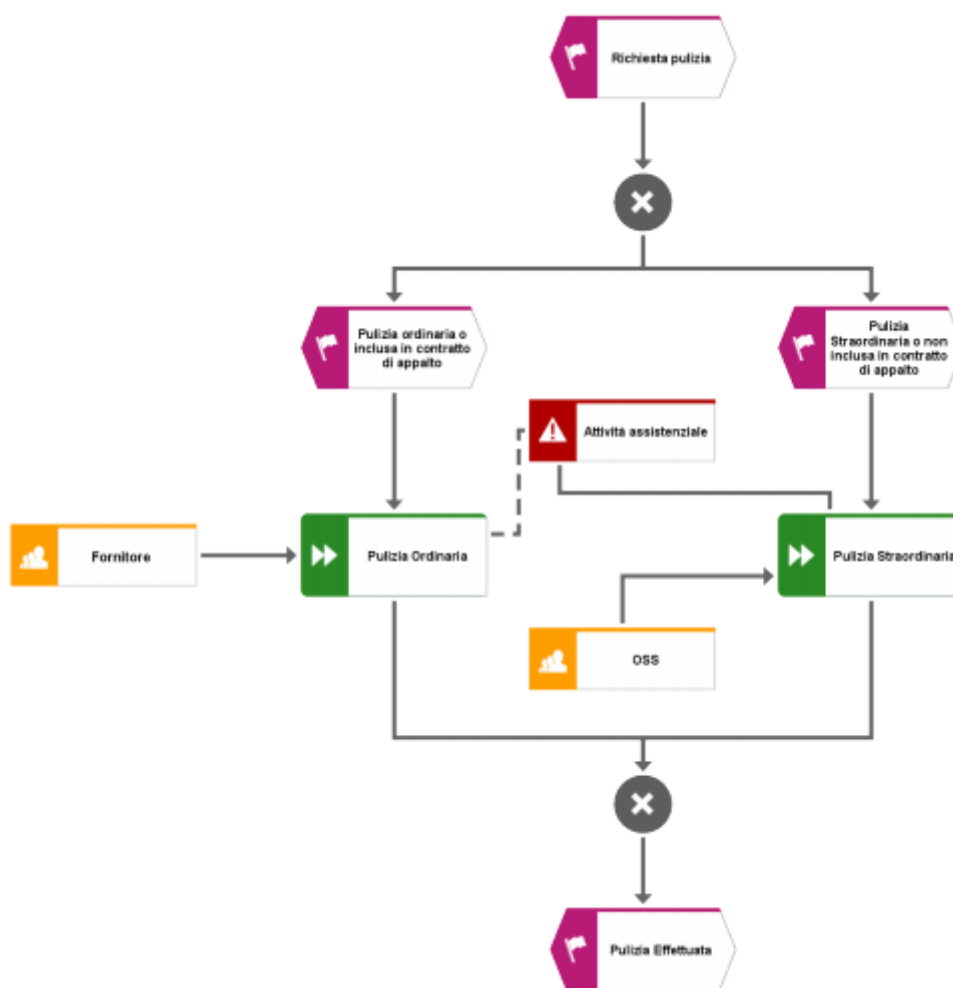


Figura 13

Mappatura EPC Servizi di Pulizia

Vediamo come il processo si scinda in due rami a seconda che l'evento sia di carattere straordinario o meno. Questa è la miglior classificazione che si è saputo dare per giustificare la presenza

alternativa di due risorse nello svolgere l'attività, ma la straordinarietà dell'evento non è ad oggi definita da parametri oggettivi. Ricreare ordine nell'allocazione alternativa di questa attività sarà fondamentale.

Come anche la natura assistenziale o meno. È sempre vero che un'attività di pulizia di natura straordinaria ha carattere assistenziale (linea di flusso continua), ma un'attività di pulizia non straordinaria può avere un carattere sia assistenziale che non.

6.2.4. Mappatura Trasporto Paziente

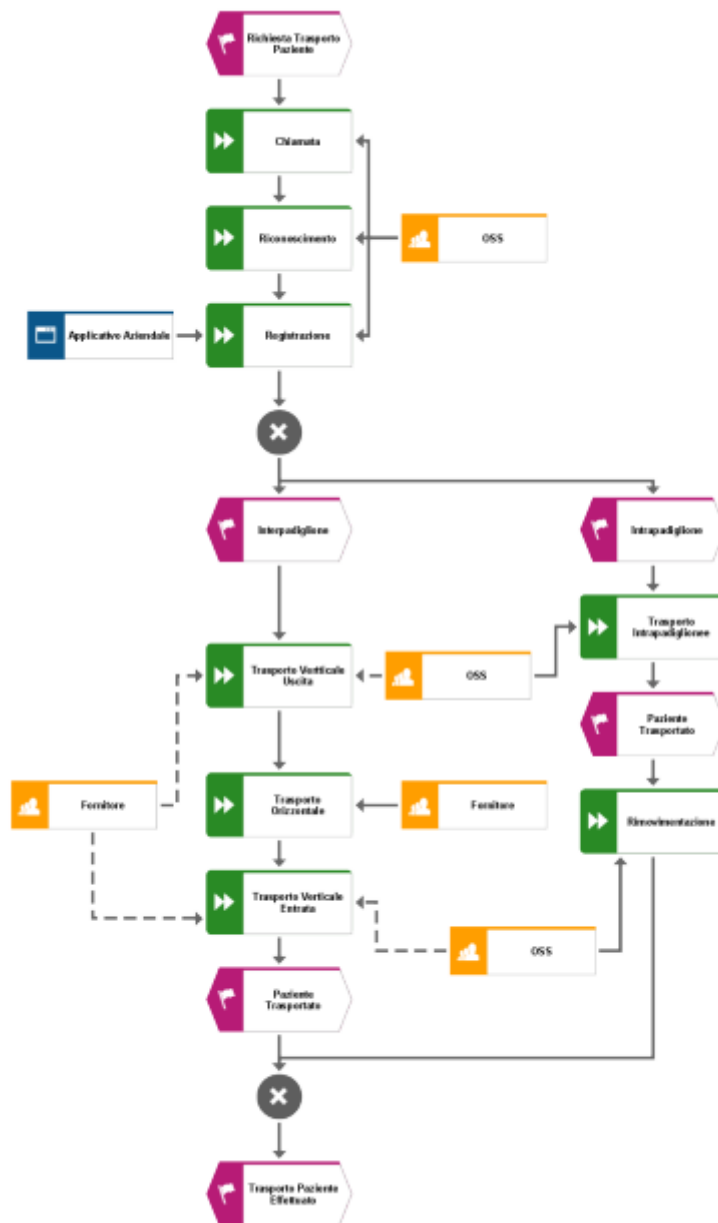


Figura 14

Mappatura EPC Trasporto Paziente

Questo è l'unico processo in cui è presente il ricorso ad un applicativo informativo ed è quindi l'unico del quale si può tenere una qualche tracciabilità digitale.

Vediamo come sia l'unità organizzativa "OSS" che il "fornitore" concorrano ad eseguire la medesima attività (linee di flusso tratteggiate). Riconosciamo in questo un difetto che merita attenzione in fase di riprogettazione.

6.2.5. Trasporto Cose



Figura 15

Mappatura EPC Trasporto cose

L'essenzialità di questa mappatura deve colpire, proprio perché non esiste una procedura standardizzata per quel che riguarda il trasporto di oggetti. Anzi regna una totale libertà di arbitrio per ogni reparto.

6.2.6. Mappatura Trasporto Vitto

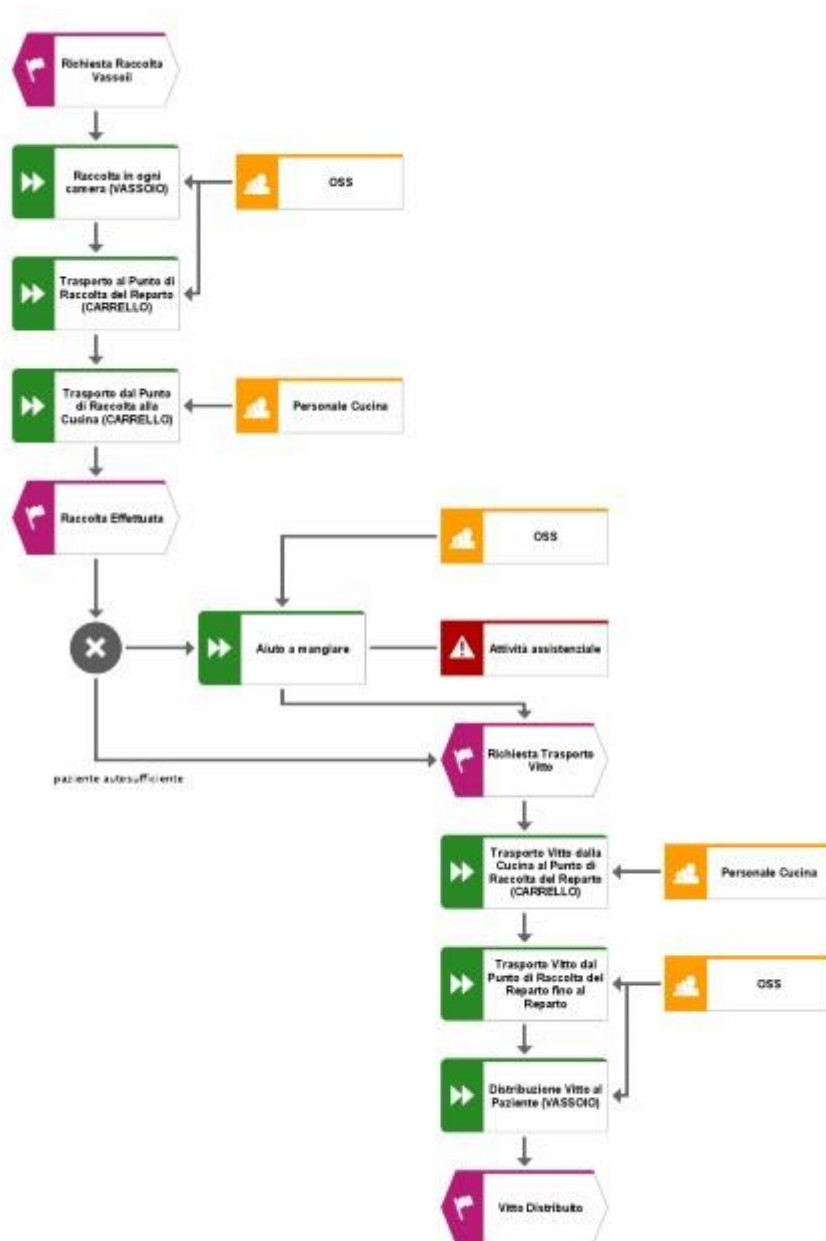


Figura 16

Mappatura EPC Trasporto Vitto

Vediamo come anche in questo caso, in un ramo del processo, sia presente un'attività che implica una sensibilità assistenziale. Nota da tenere in considerazione per il ridisegno.

7. Acquisire la visione d'insieme sui processi per cogliere le sinergie, premessa alle proposte TO BE

Prima di introdurre le proposte TO BE facciamo il punto su quali sono gli elementi essenziali per un buon ridisegno organizzativo e di processo, sono emersi da queste pagine riguardanti il contesto ospedaliero ed in particolare a quello del sant'Orsola, dei richiami teorici per quanto riguarda la catena del valore e teorie per scelte di make or buy applicate all'ambito ospedaliero e una descrizione degli attuali processi di supporto con mappatura in EPC.

Quindi indispensabile ci sembra affermare che è inevitabile il ricorso al mercato e quindi alle decisioni di "buy", ovviamente con criteri ed attenzione, come la matrice "contestability", "measurability" suggerisce; ma una indiscriminata politica di "make" risulterebbe ingiustificata e deleteria.

Altro punto, non meno importante, è quello della problematica della "taylorizzazione" dei servizi di supporto, e quindi di un pur graduale incremento di efficienza produttiva nell'erogazione dei singoli servizi, a scapito però della perdita di una visione d'insieme che nel lungo termine rappresenta l'elemento imprescindibile per l'applicazione di innovazione e per l'incremento di efficienza che non soffre l'esistenza di limiti superiori, ma anzi li abbatte.

In altre parole, l'unico modo per continuare ad incrementare l'efficienza di certi servizi è quello di considerarli nel suo insieme, altrimenti ci troveremo nella situazione in cui ognuno di questi, preso singolarmente raggiunge altissimi livelli di

efficienza, ma non in una visione olistica, dove sono chiari duplicazioni di attività e sprechi.

Abbiamo anche parlato di struttura organizzativa, quindi di DSSP, oltre che di processi operativi. Il nostro progetto di miglioramento quindi muoverà dalle esigenze operative, che ora presentano i difetti evidenziati, e sulla base dei cambiamenti di processo si costruiranno anche dei cambiamenti organizzativi.

8. Le alternative TO BE

Coerentemente con quanto affermato precedentemente, il requisito indispensabile a proporre nuove soluzioni gestionali-organizzative riguardanti l'ambito dei servizi di supporto, è quello di riacquistare una visione d'insieme su questi ultimi.

Sarebbe anacronistico e profondamente disutile, come abbiamo tentato di far capire citando fonti autorevoli, non ricorrere al contributo esterno nell'erogazione di servizi che presentano indici medio-alti di contestability e measurability.

Però quello che non dobbiamo dimenticare, anche lasciando all'esterno la gestione operativa di certe attività, è che solo con una gestione centralizzata sarà possibile intravedere sempre nuove soluzioni migliorative.

L'altro paradigma che mi preme smontare è quello che lega indissolubilmente l'innovazione all'aumento di spesa. Non è così e non deve essere così, soprattutto oggi, epoca in cui la sanità pubblica non gode certo di risorse da poter sperperare, bisogna saper pensare che si può apportare un cambiamento migliorativo, dal punto di vista gestionale, che permetta al contempo di ridurre la spesa.

Innovazione vuol dire anche questo, occupare sempre meglio le risorse, spendere meno, fare di più e meglio. La tecnologia dei sistemi, informativi, a cui sarà dedicato poi un capitolo, offre ragguardevoli scenari di incremento di efficienza.

Sono state quindi elaborate tre proposte TO BE. Tutte e tre contemplan cambiamenti sia nella strutturazione dei compiti operativi, che determinano direttamente l'assistenza ai pazienti, sia la gestione ed il coordinamento di questi sul luogo in cui si manifestano, ovvero il reparto (questi compiti spettano ad una figura organizzativa presente fisicamente nel reparto, come oggi può essere il coordinatore infermieristico), sia infine nel lato amministrativo-gestionale più generale e di controllo (di competenza del DSSP).

Per adesso soffermiamoci sui cambiamenti che riguardano il settore pratico, la gestione del reparto. Partiamo dal basso, dal lato operativo, per poter di strutturare ad hoc il mutamento organizzativo che interesserà di conseguenza anche l'organizzazione operativa nel reparto, e poi anche il DSSP.

Le prime due proposte, vedono inalterato dal punto di vista quantitativo il contributo dei fornitori esterni, e quindi si sforzano di migliorare la qualità del servizio prestato dai vari fornitori. Al contempo si cerca una diversa distribuzione dei compiti interni tra il personale socio sanitario, cioè si cerca di strutturare in maniera più appropriata e proficua le risorse interne, così da generare miglioramenti in efficienza.

La terza proposta invece prevede un aumento d'intensità nell'esternalizzazione dei servizi a figure terze, e suggerisce accorgimento e procedure che possono tutelare l'Ente dai rischi legati ai processi di esternalizzazione.

Le tre proposte sono lontane dall'essere un'implementazione pratica e dettagliata del cambiamento, bensì devono essere viste come tre diversi spunti, che possono guidare una successiva e più profonda traduzione operativa. Anche per questo non sono tre proposte esclusive, anzi la soluzione ottimale che il sant'Orsola deciderà di tradurre in realtà potrà essere frutto della commistione tra queste tre.

Il più importante elemento discriminante tra le tre proposte è la misura in cui si fa ricorso a servizi di fornitori esterni all'ospedale.

Elenchiamo brevemente le tre proposte per poi approfondirle una per una.

La prima proposta, che per semplicità chiameremo TO BE 1, può essere sintetizzata nel paradigma "mantieni costante l'internalizzazione, ma migliora l'efficienza sui processi extra assistenziali".

La seconda proposta, TO BE 1 bis, afferma il paradigma "mantieni costante l'internalizzazione, ma modifica l'allocazione delle attività"

La terza ed ultima proposta, TO BE 2, è descritta dal paradigma, "aumenta esternalizzazione ai fornitori, considerando il tema fondamentale dei controlli".

Come già detto tutte queste tre non prescindono da una visione d'insieme delle attività extra-assistenziali.

Queste tre differenti alternative di riprogettazione si caratterizzano anche per un crescente impatto organizzativo e possibilità di resistenze nell'implementazione.

Anzi, possiamo dire che, proprio questa è stata la dimensione che si è voluta seguire, date le tipicità del contesto infatti il livello d'impatto di una possibile alternativa rappresenta il più importante parametro da tenere in considerazione.

Nonostante questi tre TO BE seguano filosofie diverse, il processo logico di generazione di ognuna di queste è comune. E sfrutta semplici regole che si ritrovano in letteratura⁵, utili in fase di ridisegno dei processi di supporto, in sanità. I passi sono i seguenti:

1. Analisi di dettaglio, per ogni reparto o piano di edificio, dei servizi alberghieri svolti sia dalle imprese operanti in esternalizzazione dei servizi, sia dal personale ospedaliero. L'analisi comporta la mappatura delle singole organizzazioni sul campo, del loro intrecciarsi e dei costi relativi ad ogni servizio per giornata di degenza. Tal lavoro si svolge in collaborazione con i responsabili dei servizi;
2. Individuazione del "core business" di ogni servizio e rilevazione delle attività "no core".
3. Riprogettazione dell'organizzazione dei servizi con integrazione delle attività "no core" fra di loro. Tale analisi si svolge in collaborazione con i responsabili dei servizi;
4. Messa in evidenza di un nuovo servizio: Il servizio alberghiero centralizzato (S.A.CE.);
5. Rilievo dei nuovi costi del servizio per giornata di degenza e confronto con i costi dell'organizzazione precedente. Dovrà rilevarsi un aumento della produttività complessiva;
6. Discussione con i responsabili dei servizi per valutare eventuali criticità e stesura finale del progetto;

⁵ grazie alla dedizione e alla competenza di Alberto De Toni, Mattia Montagner e Gianluca Murgia

7. L'eventuale sperimentazione e successiva implementazione saranno valutate con tutti gli stakeholders interessati (personale operativo e direttivo di enti e imprese, sindacati)

Queste regole sono quindi applicate in ognuna delle tre declinazioni della proposta di miglioramento.

La dimensione "impatto del cambiamento" che guida ogni alternativa emerge ai punti 3. e 4. dello schema appena esposto, proprio perché a quei punti si può rispondere in maniere molteplici.

Lo schema di regole così presentato ha però un grosso limite. Di cui forse i più attenti ci saranno già accorti, ovvero quello di non interessarsi della struttura organizzativa che poi seguirà al cambiamento operativo. È cioè non tiene minimamente conto dell'impatto sul dipartimento gestionale-amministrativo dei servizi, ovvero quello che all'interno del sant'Orsola si chiama DSSP.

Vedremo quindi come diversi modi di risposta ai punti 3. e 4. Implichino diversi impatti sul DSSP e di conseguenza diversi ridisegni organizzativi di questa struttura.

A questo punto sarà già chiaro, ma si vuole ammettere come non tutte e tre le proposte possono essere considerate di reingegnerizzazione di processo. Per una serie di motivi che saranno chiari a chi si soffermerà a leggere la tabella sottostante.

Tabella 8

Classificazione interventi di cambiamento organizzativo, tratto da G.Lazzi (1999) Reingegnerizzazione dei processi

	Reingegnerizzazione "drammatico" (oltre 80%)	Ridisegno Moderato (10 - 50%)	Miglioramento Incrementale (<10%)
Miglioramento dei risultati			
Ambito	Un intero processo complesso che si sviluppa su più aree funzionali e su più organizzazioni	Un processo di media complessità, con più sotto processi, generalmente all'interno di una organizzazione o di una area funzionale	Un singolo sotto processo o un processo semplice, collocato in una specifica unità organizzativa
Tempo necessario	Da 9 a 18 mesi	Meno di un anno	Pochi mesi
Focus	Ridefinire e ristrutturare completamente l'attuale modo di operare	Automatizzare o eliminare specifiche attività e funzioni	Migliorare l'efficienza dei processi esistenti
Leadership	Top management	Direzione dell'area funzionale	Responsabili degli uffici o gruppi di qualità
Gruppo di lavoro	Team dedicato con il coinvolgimento di tutti i dirigenti delle organizzazioni coinvolte	Gruppo di lavoro con i responsabili dei SI e delle aree funzionali coinvolte	Team interno all'unità organizzativa
Livello di rischio e costi	Alto rischio e notevole investimento	Rischio da medio a basso, investimento principalmente legato all'informatizzazione	Basso rischio, trascurabile necessità di investimento aggiuntivo
Principi ispiratori	Radicale revisione del servizio e del rapporto con l'utenza. Cambiamenti su strutture organizzative, professionalità, S.I., cultura	Mantenimento degli attuali servizi, modifiche su flussi, SI, attività, professionalità	Mantenimento degli attuali processi con miglioramenti di efficienza

In sintesi, una reingegnerizzazione è un cambiamento profondo, che non fa sconti a niente e nessuno. Analizza il fine dei processi, dimenticandosi totalmente dei mezzi con i quali oggi questi sono portati a termine, e solo in funzione dei bisogni finali, riprogetta il processo. Per una serie di contestualità un approccio di questo tipo non era il più adatto a questo lavoro.

Faccio riferimento all'ambiente nel quale questo progetto nasce e al quale questo progetto è destinato. Un'organizzazione, che al di là dei consueti stereotipi che avvolgono le amministrazioni pubbliche e soprattutto sanitarie, può essere unanimemente definita come molto avversa al cambiamento e molto attaccata ad

alcuni privilegi. Per cui, mi scuseranno i pionieri del Business Process Reingegneriing ed il Professor Alessandro Grandi, che tanto ha fatto per sedimentare in noi studenti gli approcci corretti di questa filosofia, se nell'elaborazione delle mie proposte di miglioramento non si applicano meticolosamente tali linee guida, ma bensì ci si sforza di costruire alternative di miglioramento che possono essere soprattutto ben accette per il sant'Orsola.

In attinenza con la tabella mostrata sopra le prime due alternative possono essere rispettivamente chiamate di miglioramento e di ridisegno. E forse soltanto l'ultima proposta (TO BE 2) presenta il carattere di radicalità e cambiamento profondo, che parte da una precedente tabula rasa, di tutti quelli che erano le metodologie e gli strumenti che ormai erano abitualmente considerati "buoni" e che quindi per questo ha la dignità di vera e propria reingegnerizzazione.

8.1. TO BE 1

Come abbiamo già detto, in questa opzione di TO BE non muteranno la quantità o l'intensità di interventi terzi sui servizi di supporto, bensì le aree di intervento saranno la gestione ottima delle risorse socio sanitarie interne, il che può implicare anche un migliore interfacciamento con le risorse dei fornitori.

Il paradigma di questa opzione di miglioramento, come già detto, è “mantieni costante l'internalizzazione, ma migliora l'efficienza sui processi extra assistenziali”.

8.1.1. La proposta

Per rendere chiara l'idea possiamo affermare che questo miglioramento lascerà completamente immutate le mappature AS IS.

La domanda a questo punto nascerà spontanea. Ci si chiederà come possa generarsi un cambiamento o un miglioramento.

La soluzione propone la sua innovatività nel coordinamento e nella migliore gestione del tempo e degli spostamenti da parte degli OSS.

Infatti, come deduciamo anche dalle mappature, ogni processo ha in seno almeno un'attività che obbliga l'OSS a uscire dal regno sua competenza, il reparto, dove peraltro egli è tenuto a prestare cure sociali e sanitarie al paziente. Ovviamente uscendo dal reparto non è più in grado di garantire tali cure, e questa rappresenta un grosso difetto già presentato in precedenza.

Quindi il miglioramento può essere attuato tramite una riduzione delle uscite dal reparto dal parte dell'OSS.

E questa riduzione non può configurarsi se non attraverso un coordinamento che interessi trasversalmente più processi.

Il coordinamento trasversale non interessa e non può interessare tutti i processi indiscriminatamente, anzi è facile immaginare come molte attività siano tra loro impossibili da coordinare.

A guidarci nella scelta di coordinamento tra attività afferenti a diversi processi sarà la seguente, che tiene conto di tre dimensioni di analisi:

- Urgenza;
- Stabilità;
- Compatibilità Temporale.

Nel prospetto che segue si mostra se ogni processo si costituisce o meno di attività che rispettano i criteri elencati.

Per le attività, di ogni processo, che rispondono con particolari criteri a queste tre dimensioni si possono intravedere delle ristrutturazioni di flusso operativo, che prevedono un'integrazione di queste attività trasversalmente a più processi.

Questi tre criteri sono, come a questo punto è facile prevedere, i seguenti:

- La non urgenza;
- L'alta prevedibilità;
- La compatibilità temporale.

Infatti affinché sia possibile considerare un'integrazione tra due o più attività è ovvio che queste debbano essere poter essere svolte senza urgenza, con una certa stabilità e quindi un'alta prevedibilità, senza la quale sarebbe impossibile creare delle integrazioni standardizzati, ed infine è indispensabile che queste due o più attività richiedano di essere svolti in tempi compatibili tra di loro.

Tabella 9

Classificazione dei processi secondo le dimensioni di urgenza e stabilità

Processo	Caratteristiche	
	Urgenza	Stabilità
Trasporto Paziente	Variabile	Variabile
Trasporto Materiale Biologico	Variabile	Variabile
Vitto	Non Urgenza	Alta
Pulizia	Variabile	Variabile
Trasporto cose	Variabile	Variabile
Lavanoleggio	Non Urgenza	Alta

Vediamo come due processi, il lavanoleggio ed il vitto, presentino sempre caratteristiche positive ad un'integrazione trasversale con altri processi.

Mentre un discorso a parte va fatto per gli altri quattro processi.

Questi infatti non sono costituiti da attività sempre identiche, ma a seconda proprio dei livelli di urgenza che possono o meno assumere, rispondono in maniera diversa ai requisiti.

In particolare, per quanto il trasporto paziente, è ovvia la discriminante che genera l'eventuale emergenzialità del trasporto e la stessa cosa vale per il trasporto del materiale biologico, ci sono infatti analisi che devono essere effettuate in tempi brevissimi, ed altre invece che non hanno questo bisogno, così come anche il trasporto di cose, materiali o documenti, in questo caso potremmo fare l'esempio del referto urgente che deve essere rapidamente fatto pervenire al medico, oppure la pila del telecomando della tv di un degente, che scaricatosi deve essere sostituita.

Stessa cosa vale per i servizi di pulizia, ci sono pulizie pianificate e costanti, per cui facilmente integrabili con altre attività, come ci sono attività di pulizia impreviste,

come quella che deve essere fatta a seguito di un allagamento di un bagno o di un altro luogo, o quelle che devono essere svolte nel più breve tempo possibile, come ad esempio quella che deve essere svolta in ogni sala operatoria dopo l'intervento chirurgico, che non può protrarsi per troppo a lungo, dato che renderebbe la sala incapace di rispondere ad eventuali altre urgenze operatorie.

Ricapitolando, due sono i processi sempre e comunque integrabili con altri, il trasporto del vitto ed il lavanoleggio, e gli altri quattro invece si possono presentare sia come processi urgenti, non pianificabili e non prevedibili, sia invece come processi che rispondono a questi requisiti.

Quindi è opportuno occuparsi dei casi "positivi" di questi processi, ovvero quelli in cui questi si presentano non urgenti, prevedibili e pianificabili, e tentare prospettive di integrazione su questi, lasciando invece così come adesso la gestione delle attività urgenti.

Le attività con le caratteristiche appena citate sono standardizzate in termini temporali e di luogo, ed inserite in un flusso di lavoro stabile e predeterminato, che interessa appunto attività imputabili a tutti i servizi supporto, siano questi di ogni natura (sia vitto, che pulizia, che ogni altro supporto all'attività sanitaria).

Ad esempio, il processo di trasporto del vitto potrà essere integrato con quello di trasporto del materiale biologico. Prevedendo che l'OSS esca dal reparto ad un orario prestabilito, quando il vitto giunge al PDR, e uscendo porta con sé le provette o i campioni biologici che devono essere lasciati allo stesso PDR dove deve esser prelevato il vassoio del vitto.

Un altro esempio può essere quello di smaltimento della biancheria e di trasporto del vitto dal PDR al reparto. Entrambe possono considerarsi non urgenti, prevedibili e pianificabili, quindi anziché rispondere alle tue esigenze di trasporto vitto e lavano, in modo distinto e cieco, si propone di integrare queste due in un disegno definito, che stabilisce che l'OSS che l'attività di portare al PDR la biancheria sporca, sia legato in modo sequenziale all'attività di portare dal PDR al reparto il vitto.

Così da limitare le uscite dal reparto da parte dell'OSS e di incentivare in quest'ultimo un incremento di efficienza operativa nelle prestazioni extra-assistenziali.

La soluzione, si ribadisce, potrà apparire banale, ma comporterà sicuro un miglioramento rispetto all'AS IS.

Quindi proviamo a mostrare un prospetto delle possibili integrazioni trasversali a processi.

Tabella 10

Prospetto orario di integrazione trasversale tra processi non assistenziali

	08:00	09:00	10:00	11:00	12:00	13:00	14:00	15:00	16:00	17:00	18:00	19:00	20:00
TB													
TC													
V													
L													

Lo schema è piuttosto intuitivo, in orizzontale si ha una linea del tempo di una giornata tipo, mentre la prima colonna contiene le iniziali che identificano i 4 processi che dalle analisi prima fatte mostrano le caratteristiche più adatte ad un'integrazione.

Dove compaiono delle colonne colorate in giallo si denota una possibilità di integrazione, cioè, in una determinata fascia oraria, si può realizzare un'integrazione tra le attività, simboleggiata dal riquadro colorato. Ovvero l'uscita dal reparto dell'OSS, in quella determinata fascia oraria, porta allo svolgimento di tutte le attività contrassegnate.

In realtà questo grafico vuole evidenziare un concetto abbastanza banale, cioè che l'uscita dell'OSS dal reparto è obbligata per almeno 3 volte al giorno, al momento del prelievo del carrello del vitto.

Quindi queste tre uscite obbligate e distribuite abbastanza uniformemente all'interno della giornata (alla mattina per la colazione, poi pranzo ed infine cena) potrebbero essere sfruttate per creare coordinazioni con gli altri processi, cosicché l'efficienza ne sia stimolata.

Il compito di intuire certe possibilità di coordinamento all'interno del reparto, e di farle sfruttare agli OSS, spetta ancora al coordinatore infermieristico, per la sua posizione gerarchica e di conoscenza delle esigenze del reparto.

Questa proposta può apparire estremamente banale, ed infatti così è. Ma ciò non toglie che possa apportare un miglioramento, anzi, ha il vantaggio che presenta un basso impatto organizzativo e una semplice applicabilità. Per contro pure i vantaggi stimati sono da considerarsi inferiori rispetto a quelli delle altre proposte.

Questo provvedimento, inoltre, ha l'obiettivo di limitare la prima debolezza che i detrattori di un sistema di gestione interna dei servizi evidenziano, ovvero quello di un alto tasso di utilizzo della risorsa OSS e quindi dell'efficienza operativa.

Infatti standardizzando le attività, per quanto possibile, sarà più facile visionarle, misurarle e quindi controllarle. Si potranno avviare dei procedimenti di stima, anche

se forfettaria, della durata di alcune attività, che se non venissero rispettati potrebbero far scattare dei campanelli d'allarme di inefficienza.

Si possono limitare le uscite degli OSS dal reparto.

Possiamo chiamarlo un approccio che utilizza la filosofia lean, creare vincoli per obbligare all'efficienza.

Secondo la classificazione esplicita prima in tabella, potremmo appunto chiamare questo cambiamento un miglioramento.

8.1.1. Risvolti organizzativi nel reparto

Adesso che abbiamo analizzato i cambiamenti in chiave operativa, come abbiamo preannunciato, ci occupiamo degli adattamenti che in funzione di quest'ultimi dovranno subire le strutture amministrative-gestionali.

È chiaro che l'impatto della proposta è basso, oltre che a livello operativo, anche al livello organizzativo dell'area gestionale.

Il responsabile della gestione operativa delle attività del personale socio sanitario rimane il coordinatore infermieristico. La sua posizione però, viene formalizzata, e diventa una figura di operational manager dei servizi di supporto, cioè è il gestore operativo dei servizi di supporto. Infatti spetterà a lui stilare la programmazione delle attività che è possibile integrare, come spetterà a lui assegnarle ad un determinato OSS, e controllare che queste vengano eseguite come previsto.

Peraltro, questa configurazione non stravolge neppure l'operato del DSSP, e lascia all'interno di questo dipartimento la funzione di process owner.

Quanto detto per quanto riguarda il cambiamento organizzativo sul fronte della gestione del reparto, considerazioni inerenti ai cambiamenti interni al DSSP, che aprono scenari di maggiore complessità e che vedono denominatori comuni tra le tre proposte saranno illustrati successivamente.

8.2. TO BE 1 bis

Questa alternativa può essere vista come un'evoluzione della precedente, in quanto l'intensità degli interventi del fornitore rimane immutata, come pure la partecipazione degli operatori socio-sanitari interni. Però prevede una radicale riallocazione delle attività che sono svolte dal personale sanitario interno e non una semplice integrazione e coordinamento volto alla riduzione delle uscite del reparto da parte dell'OSS.

Quindi il paradigma di questa alternativa sarà "mantieni costante l'internalizzazione, ma modifica l'allocazione delle attività".

Sappiamo bene che questa come la prima non sono opzioni di reingegnerizzazione, perché non rispondono ai criteri di totalità e perché non partono dai servizi/prodotti finali per ridisegnare il processo, ma sono tentativi di miglioramento piccoli, comunque consigliabili.

Pertanto questo tipo di cambiamento può essere definito, coerentemente con quanto spiegato in tabella 2, un ridisegno.

8.2.1. La proposta

Dunque lasciamo inalterato il contributo esterno (da parte dei fornitori) ed interno (da parte degli OSS) necessario al soddisfacimento dei servizi di supporto.

Si attua, però, una riallocazione delle attività interne agli OSS, che può generare un incremento di efficienza. Ovviamente non si precludono le porte a cambiamenti

che interessino anche il lato fornitore, ma non sono il motore principale di questa proposta alternativa.

Per effettuare la riallocazione delle attività interne si può partire, similmente a quanto fatto per l'attuazione della precedente alternativa, da una classificazione delle attività.

Ovviamente di tipo diverso da quella già mostrata, stavolta suddividiamo le attività che sono addetti a svolgere i componenti del personale interno di supporto socio-sanitario, in base alle successive due dimensioni:

- Attività eseguite in reparto
- Attività che implicano uno spostamento dal reparto

Per le attività del primo tipo non sono previste alcun tipo di riallocazioni, queste saranno svolte come da AS IS, mentre per le attività di secondo tipo sarà delineato un certo confine d'interesse (più ampio del confine "reparto") per il quale sono istituiti delle squadre di lavoro, composte sempre da personale interno, dedite però allo svolgimento di attività che implicano appunto un qualche spostamento dal reparto.

Esisteranno dunque delle squadre che agiranno rispondendo ai bisogni di più reparti, che chiameremo squadre inter-reparto, o brevemente squadre.

Il confine d'azione di queste squadre è da definire, come è da definire la numerosità di ogni squadra.

Supponiamo per semplicità che il confine d'azione di ogni squadra sia il padiglione, per ogni padiglione quindi avrò una squadra di OSS mobili, che andrà dimensionata sulle esigenze dei reparti che fanno parte del suddetto padiglione. Per far ciò ci si avvarrà anche dello strumento della simulazione.

Il dimensionamento corretto della squadra inter reparto, rappresenta senz'altro il tema più complesso e delicato della proposta.

Infatti scegliere un numero troppo basso di operatori rispetto alle esigenze dei reparti che copriranno significherebbe creare un danno molto grave alla funzionalità dell'ospedale. Il che concretamente potrebbe tradursi in pasti che non arrivano in tempi prestabiliti, cartelle cliniche e documenti che allo stesso modo accumulano

ritardi, così come provette e campioni biologici. Un'eventualità che non ci possiamo assolutamente permettere.

Viceversa, se fosse costituita una squadra troppo numerosa, i potenziali risparmi che si vogliono generare adottando questa politica di riallocazione verrebbe bruciati creando altre sacche di spreco, esattamente come nella situazione in AS IS, solo che posizionate in una maniera differente.

Questa scelta è così delicata che ci vogliamo avvalere di due strumenti che potremmo definire "opposti".

Il primo che spiegheremo è quello della stima partendo dai dati reali. Quindi che possiamo definire ad induzione o bottom up, ma anche statistico e che soffre delle consuete incertezze di cui soffrono tutti i processi di stima.

Ha però un vantaggio, quello di aver una dimensione oggettiva, seppur opinabile dalla statistica, e per questo è uno strumento utile.

Il secondo approccio invece è di tipo deduttivo, o bottom up, e si fonda su un consulto sui conoscitori di tali processi, che possiamo quindi identificare con i coordinatori di reparto ed anche le figure degli Operatori Socio Sanitari.

Questo strumento ha il vantaggio di prescindere da analisi puramente numeriche e statistiche, anzi ha le potenzialità per definire le risorse umane necessarie partendo dal reale bisogno, e non dal tempo effettivo impiegato attualmente. Si presenta quindi anch'esso come uno strumento molto utile.

Per contro ha anche il grosso difetto di essere vittima di una variabile interpretativa e soggettiva.

La quale può manifestarsi sia inconsciamente, attraverso valutazioni sbagliate, sia consciamente, attraverso meccanismi di opportunismo che i coordinatori potrebbero applicare sentendosi minacciati di perdere risorse indispensabili al proprio lavoro.

In altre parole, è ragionevole credere che i coordinatori siano stimolati dal sovradimensionare i carichi di lavoro per timore di veder troppo ridotte le loro risorse di personale, e per quanto spiegato sopra dobbiamo tutelarci pure da questa eventualità.

Per questo questa alternativa di ridisegno non sarebbe potuta nascere se non dopo un certosino lavoro di raccolta dati sulle attività non assistenziali di alcuni reparti dell'ospedale.

Più avanti si mostreranno in sintesi i risultati di tale elaborazione, ma intanto premettiamo quelle che sono state le metodologie di lavoro e i punti di forza e le critiche.

Abbiamo detto del problema di quantificare il numero di reparti sui quali agisce la squadra ed il numero dei componenti della squadra OSS inter-reparto per via induttiva.

Per semplicità, partiamo dall'ipotesi che il padiglione sia l'insieme d'azione della nuova unità organizzativa, ovvero che ogni squadra copra le attività non assistenziali di un padiglione. A questo punto rimane da definire solo la variabile numerosità della squadra. Come primo passo stabiliamo il carico (sia in termini di tempo che di numerosità) delle attività non assistenziali, analizzando i questionari OSS.

Sarebbe uno sforzo informativo probabilmente troppo oneroso quello di raccogliere con precisione il dato di tempo delle attività non assistenziali svolte in ogni reparto.

Quindi si suggerisce una classificazione tra i reparti, tramite cui sarà possibile stimare il profilo di impegno per ogni reparto. Gli aspetti peculiari si ritengono:

- Tipo (degenza, chirurgia, clinica)
- Numero pazienti

- Tipo visitatori (bambini, adulti, anziani)
- Particolarità/fattori intrinseci (richieste sangue, richieste movimentazioni strumentazioni, richieste posta e ecg, ect...)

Ovvero si può ragionevolmente pensare che il carico e la tipologia di lavoro extra assistenziale inter reparto sia funzione della combinazione delle quattro dimensioni mostrate prima.

Dunque espletiamo le quattro dimensioni per tutti i reparti di cui si vuole prendere in considerazione una riallocazione delle attività esterne al reparto.

Per i reparti oggetto di rilevazione deteniamo però anche le statistiche reali di impegno orario tipologia di impegno.

Dunque tentiamo di stimare quantità d'impegno e tipologia dei reparti non oggetto di rilevazione, sfruttando le statistiche che abbiamo raccolto.

Ipotizzando che la relazione, tra i diversi reparti, delle tempistiche delle attività non assistenziali, sia ben descritta dalle citate quattro dimensioni.

Sfruttiamo quindi combinatamente i due strumenti che abbiamo costruito, la classificazione dei reparti secondo quattro dimensioni e i dati reali delle tempistiche su alcuni di questi padiglioni.

Prendiamo in considerazione l'i-esimo reparto non oggetto di rilevazione reale e proviamo a stimare il suo carico di lavoro.

Ad esempio il reparto D 100 b TBurgente è un reparto di degenza con in media 100 bambini al giorno che ha spesso richieste di TB urgenti.

Per completare il processo di stima sfruttiamo le tabelle illustrate in seguito.

Tabella 11

Relazione tra tipologia di reparto e attività critiche

Tipo reparto	Attività critica 1	Fascia oraria	Attività critica 2	Fascia oraria
Degenza	V	12:00 e 19:00	TB	10:00
Chirurgia	L	Non costante	P	Non costante
Clinica	TC	Mattina	TB	10:00

Questa tabella è costruita dopo l'analisi delle rilevazioni statistiche.

Nello specifico questa ci consente di distinguere il reparto come appartenente ad uno dei tre gruppi elencati nella prima colonna.

L'appartenenza ad uno di questi gruppi implica, come è ragionevole credere, che le attività di non assistenza inter reparto sia alcune anziché altre.

Le esigenze di un reparto di chirurgia sono diverse da uno di clinico, così come diverse da uno di degenza.

Per ogni classificazione si indicano le attività che, sulla base delle rilevazioni, costituiscono il maggior impegno per quanto riguarda le attività extra assistenziali inter reparto.

Ed assieme al tipo di attività si indica anche la fascia oraria dove è più intensa la richiesta di tale attività.

La squadra inter reparto sarà dimensionata sulle due attività critiche di ogni reparto, per rispondere alle esigenze anche nella fascia oraria più critica.

Una volta identificato il tipo di reparto, che implica informazioni riguardanti la tipologia di processi e le fasce orarie di intensità, trattiamo altre variabili del reparto, che possono ragionevolmente influire sul carico di lavoro extra assistenziale.

Questi sono il flusso di pazienti in quel reparto e il tipo di pazienti (bambini, adulti o anziani) ed a questo servono le prossime due tabelle. Dove è indispensabile la

collaborazione di un occhio esperto per una stima affidabile, quindi ci rimandiamo al loro contributo di collaborazione se vorranno considerare la metodologia mostrata un buon suggerimento.

Ricapitolando quindi, il nostro processo di stima, prende in considerazione queste tre dimensioni, che legano i reparti di cui conosciamo le tempistiche delle attività a quelli invece che non hanno compilato i questionari, queste dimensioni sono:

- Tipologia del reparto, che può essere (Degenza, Chirurgia, Clinica)
- Numerosità di pazienti
- Tipologia di pazienti (Bambini, Adulti, Anziani)

Si precisa come questo appena descritto non sia un metodo scientifico e presenti molte carenze, tanto che non è stato ancora utilizzato dal sant'Orsola per stimare alcun carico di lavoro.

Rappresenta solo una guida, un modo per evidenziare alcuni possibili percorsi di analisi. È un suggerimento, che va senza dubbio, prima di essere applicato, valutato da chi ha la conoscenza quotidiana e specifica di questi processi (OSS e coordinatori di reparto) anche attraverso metodi che prima abbiamo chiamato top down e che adesso brevemente illustriamo.

Una volta presentato questo metodo, che possiamo definire induttivo oppure bottom up, che si fonda su dati rilevati dal basso e questa dimensione quantitativa costruisce le sue soluzioni, si vuole anche suggerire un metodo che può essere ritenuto diametralmente opposto, ovvero deduttivo oppure top down.

Queste due metodologie non si presentano in contrapposizione, cioè non si chiede di scegliere una delle due, bensì crediamo che una buona scelta debba sfruttare entrambe, tramite la consapevolezza dei pregi e dei difetti delle due.

Il metodo top down implica una stretta collaborazione con i coordinatori infermieristici, che non si è potuta attuare da me per ragioni di tempo, quindi si propone come pretesto per uno spunto futuro che potrà essere colto da chi ultimerà il progetto di riassetto organizzativo.

Concretamente, questo metodo top down prende forma nell'interrogazione dei coordinatori infermieristici ed anche del personale OSS. Prende in considerazione una dimensione quindi meno oggettiva, non si fonda sul dato, ma sull'opinione dell'operatore o del responsabile. Quindi questo determina un punto a favore sia un punto a sfavore.

Ovvero, lo svantaggio è chiaramente dovuto al fatto che la soggettività rischia di allontanarsi dalla realtà e quindi di suggerire una condizione che si discosta dal vero, il vantaggio però sta nel fatto che questo procedimento parte dal bisogno di svolgere l'attività e non dai tempi che oggi sono impiegati per svolgere queste.

Cioè il coordinare è coscio dei servizi dei servizi che devono essere garantiti ai pazienti del suo reparto, e l'OSS conosce i tempi che sono necessari per svolgere queste attività.

In sintesi con questo mezzo si lascia più spazio a delle innovazioni nel soddisfare i bisogni del reparto e per questo non può non essere preso in considerazione.

8.2.1.1. Testing con la simulazione

Fin qui si sono mostrati quindi dei possibili punti di partenza, che per ragioni di tempo e di difficoltà di collaborazione non sono state portate a termine, adesso presentiamo invece una metodologia che ha già prodotto un output finito e stimabile.

Infatti prima di aspettare che i coordinatori si adoperino nei processi di stima per quanto gli abbiamo chiesto nelle tabelle tipo di degenti e numero, si è cercato di testare con la simulazione uno scenario che abbiamo potuto costruire usufruendo solamente dei dati sperimentali raccolti.

Ci siamo concentrati sul padiglione 5, che abbiamo già descritto come il più grande e frequentato, di questo padiglione potevamo contare sul dettaglio delle attività di tre reparti:

- ***** (clinica)
- ***** (chirurgia)
- *** (degenza)

Su un totale di venti reparti.

Abbiamo visto che le tempistiche dei tre reparti analizzati vedono un'intensità maggiore per il reparto di chirurgico coordinato da *****.

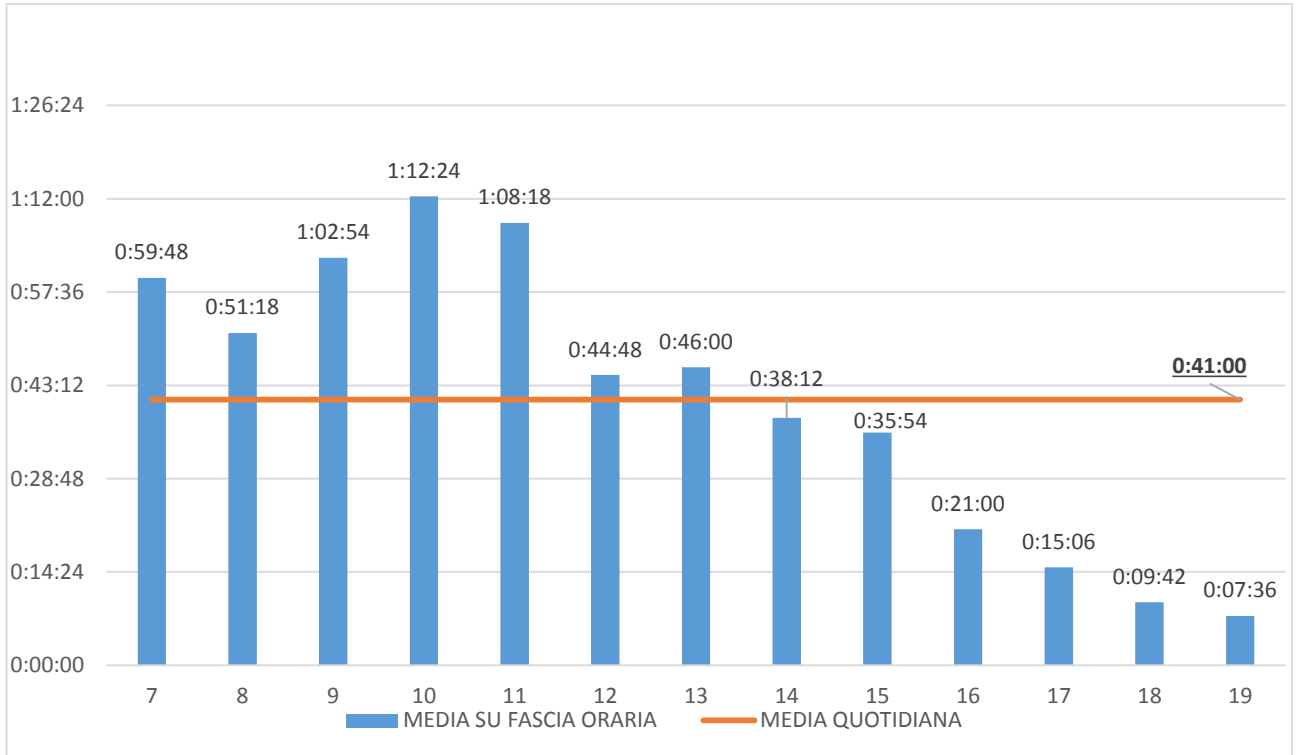


Figura 17

Tempo medio per fascia oraria (Reparto *****)

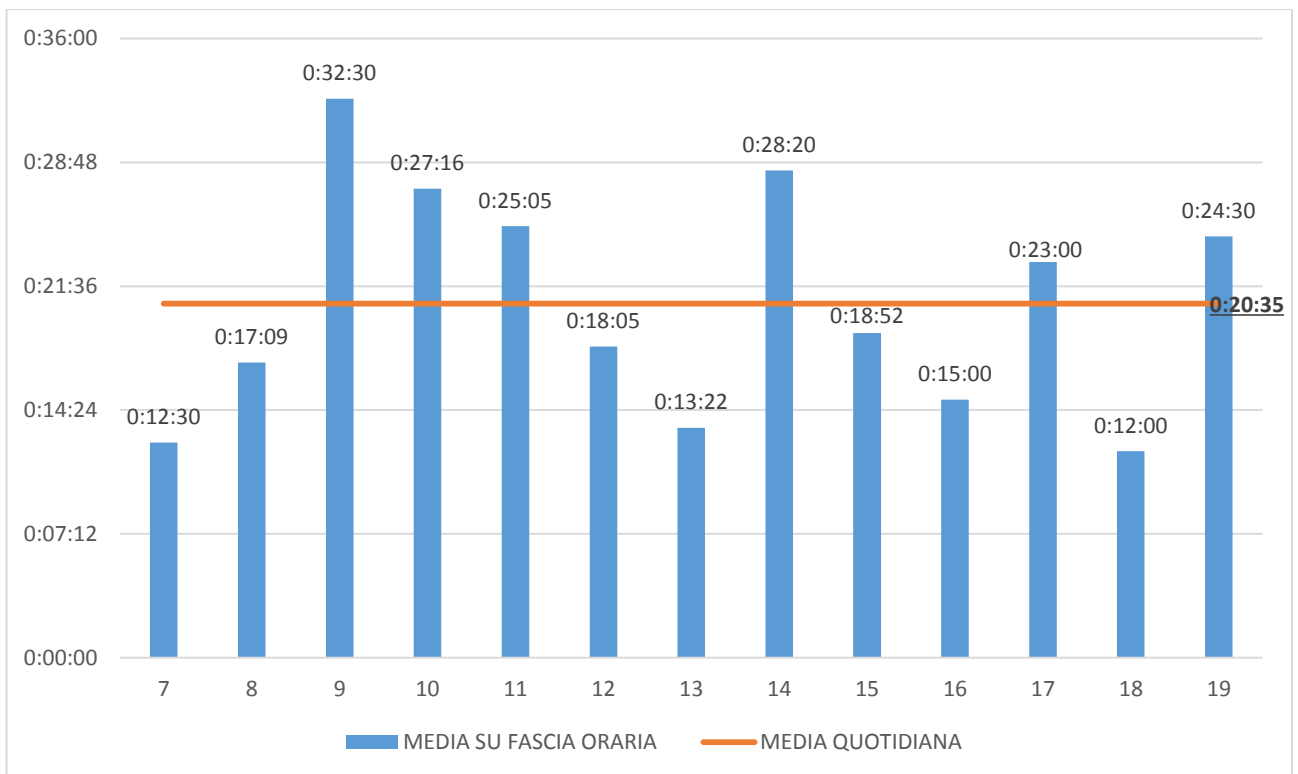


Figura 18

Tempo medio per fascia oraria (reparto *****)

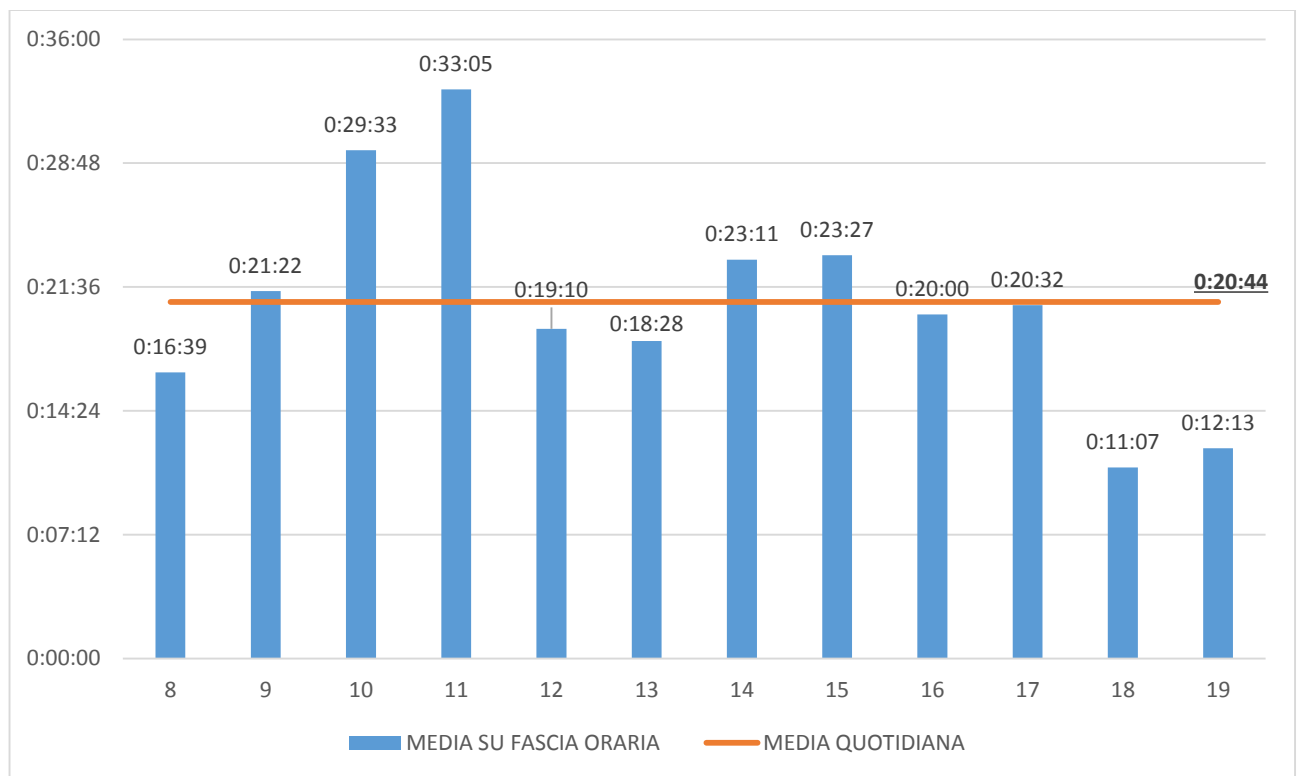


Figura 19

Tempo per fascia oraria (reparto ***)

Quindi sulla base dei dati raccolti su questi tre reparti del padiglione 5 abbiamo definito delle ragionevoli funzioni di probabilità che descrivessero la durata e la variabilità di una certa attività in un certo intervallo orario.⁶

Quindi possiamo vedere in tabella i tempi impiegati e la corrispondente variabilità per ogni attività in funzione delle fasce orarie.

Ovvero le prime due tabelle mostrano le frequenze di accadimento per certe attività, in base a determinate fasce orarie, infatti abbiamo constatato quanto l'attività in reparto vari dalla mattina alla sera.

Così come c'è una grande variabilità tra le attività svolte durante i giorni infrasettimanali ed il fine settimana. Così la prima tabella descrive le frequenze di

⁶ I test statistici che stanno a fondamento teorico di queste funzioni di probabilità sono escluse da questa trattazione per ragioni di brevità e coerenza.

accadimento dal Lunedì al Venerdì, mentre la seconda le frequenze di Sabato e Domenica.

L'ultima tabella mostra invece la durata media di ogni attività e la variabilità di questa, definita dal parametro di deviazione standard.

La durata e la variabilità sono considerate costanti per le fasce orarie e per i giorni della settimana.

Per prima cosa dunque inseriamo i dati relativi alle attività di *****, preceduti da una breve legenda per facilitare la comprensione dei mostrati.

A = attività non specificata nel questionario

TB = trasporto materiale biologico

TP = trasporto paziente

TC = trasporto cose

V = trasporto e distribuzione vitto

Tabella 12

Frequenza infrasettimanale attività reparto *****

INFRASETTIMANALE frequenza							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
TB	1	A	0	TB	1	TB	1
TC	0	TB	1	TC	0	TC	0
TP	2	TC	1	TP	1	TP	3
V	1	TP	2	V	1	V	1
		V	0				

Tabella 13

Frequenze del fine settimana reparto *****

FINE SETTIMANA frequenza							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
TB	1	TC	2	A	1	A	1
V	1	TP	1	V	1	TB	1
						V	1

Tabella 14

Durata media e deviazione standard per ogni attività reparto *****

Attività	Durata media	Deviazione standard
A	00:17:45	00:04:12
TB	00:11:02	00:03:34
TP	00:11:36	00:06:52
V	00:08:19	00:06:33
TC	00:14:30	00:03:08

In seguito mostriamo le tempistiche delle attività nel reparto di ***

Tabella 15

Frequenza infrasettimanale attività reparto ***

INFRASETTIMANALE frequenza							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
TB	1	TB	1	TB	1	TB	3
TC	1	TC	1	TC	1	TC	3
TP	2	TP	3	TP	2	TP	5
V	1	V	0	V	2	V	2

Tabella 16

Frequenze del fine settimana reparto ***

FINE SETTIMANA frequenza							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
TB	1	TB	1	TB	1	TB	1
TC	0	TC	1	TC	1	TC	2
TP	1	TP	1	TP	0	TP	1
V	2	V	1	V	2	V	2

Tabella 17

Durata media e deviazione standard per ogni attività reparto *****

Attività	Durata media	Deviazione standard
TB	00:06:28	00:01:12
TC	00:12:05	00:03:04
TP	00:11:26	00:03:50
V	00:06:24	00:01:41

Infine consideriamo le rilevazioni sul reparto di *****

Tabella 18

Frequenza infrasettimanale attività reparto *****

INFRASETTIMANALE conteggio							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
A	1	A	1	A	1	A	2
L	1	TB	11	TB	8	TB	4
TB	3	TC	14	TC	10	TC	19
TC	13	TP	110	TP	82	TP	122
TP	141						
V	3						

Tabella 19

INFRASETTIMANALE frequenza							
07:00-10:00		10:00-12:00		12:00-14:00		14:00-19:00	
Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza	Attività	Frequenza
A	0	A	0	A	0	A	0
L	1	TB	1	TB	1	TB	0
TB	0	TC	1	TC	1	TC	2
TC	1	TP	6	TP	5	TP	7
TP	8						
V	0						

Tabella 20

Durata media e deviazione standard per ogni attività reparto *****

Attività	Durata media	Deviazione standard
A	00:07:00	00:02:06
L	00:10:00	00:00:00
TB	00:12:57	00:07:59
TC	00:09:37	00:09:25
TP	00:09:34	00:04:43
V	00:09:00	00:01:25

Quindi le attività non assistenziali di tre, sui venti reparti presi in considerazione, hanno il comportamento appena illustrato nelle tabelle, mentre invece per quanto riguarda la durata e la frequenza delle attività nei restanti diciassette reparti non abbiamo un dato rilevato. In questo scenario si è scelto di adottare il profilo del reparto dove sono più alte le frequenze e le durate delle attività non assistenziali, ovvero l'eventualità più sconveniente.

Con questo si corre il rischio di sovrastimare il tempo disponibile all'effettuazione delle attività, ma si è scelto così per accrescere la credibilità del modello agli occhi dei coordinatori infermieristici e in generale di larga parte del personale medico, che non ha condiviso la correttezza dei risultati della rilevazione sugli OSS, considerandola troppo ottimistica.

Scegliendo la peggior configurazione tra quelle possibili vogliamo quindi tutelarci dall'eventualità di sottostimare il fenomeno.

Quindi il profilo di attività dei restanti reparti segue nella simulazione l'andamento del reparto di *****.

Ovvero consideriamo, in questo scenario della simulazione, che il padiglione 5 composto da venti reparti, sia costituito da venti reparti che hanno le stesse esigenze del reparto di ***** , ovvero il reparto che ha presentato i più alti tassi di occupazione degli OSS in attività non assistenziali.

I risultati sono molto incoraggianti e possono essere riassunti in queste tabelle.

Specifichiamo intanto che l'orizzonte di indagine della simulazione è su sette giorni, da Lunedì alla Domenica, e che l'adempimento delle attività di supporto è allocato ad una squadra inter reparto composta da 18 OSS. Questo vuol dire che per tradurre in realtà questa configurazione ogni reparto dovrà "cedere" un OSS alla squadra inter reparto garantendosi però che gli OSS che rimarranno interni saranno dediti quasi esclusivamente alle attività assistenziali.

Anzi com'è chiaro rimarrebbero 2 OSS che potrebbero, a seconda delle scelte, o svolgere funzioni di coordinamento sulla squadra inter reparto, oppure andare a potenziare l'organico OSS dei reparti più critici.

La prima tabella mostra per ogni tipo processo, la numerosità svolta nei venti reparti del padiglione, la somma del tempo di attesa, ovvero la somma di tutti i ritardi cui quel processo sopporta nell'arco dei setti giorni su tutti e venti i reparti.

Il dato, superiore alle 33 ore per il trasporto pazienti, sembra mastodontico, ma se dimensionato sul padiglione assume tutt'altra rilevanza.

La colonna del ritardo medio ci indica infatti come questo sia inferiore ai 3 minuti anche nel caso peggiore.

Tabella 21

Risultati simulazione, focus su attività (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=18

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo dinamico d'attesa	Somma tempo di elaborazione	Ritardo medio per ogni attività	Ritardo massimo per ogni attività
TP	1960	33:35:05	392:04:31	0:01:02	0:11:18
A	280	13:14:26	64:01:55	0:02:50	0:11:30
V	1680	31:49:04	264:40:35	0:01:08	0:11:58
TC	1120	26:22:47	196:07:29	0:01:25	0:11:38
TB	1120	20:37:41	187:53:11	0:01:06	0:11:06

La tabella di seguito invece di dare una prospettiva d'analisi incentrata sui processi come la precedente si concentra sulla dimensione della risorsa preposta all'adempimento delle attività.

Vediamo come in totale la squadra dei venti OSS, svolga più di 6000 attività non assistenziali, essendo impiegata per più di 1100 ore, ovvero quasi 46 giorni. Al contempo però si registra anche un tempo di inattività delle risorse, o tempo morto, di 533 ore.

Questo fa sì che il grado di saturazione della risorsa sia di 0,67.

Tabella 22

Risultati simulazione, focus su risorsa (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=18

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo di elaborazione	Tempo morto aggregato	Grado di saturazione
Operatore Socio Sanitario	6160	1104:47:43	533:08:58	0,6745

Abbiamo fissato a 18 la numerosità della squadra OSS, ma non possiamo essere certi che questo sia il numero ottimale.

Diamo adesso una misura di come le variabili chiave di questa configurazione (ritardo medio per attività, ritardo massimo e grado di saturazione della risorsa OSS) variano al variare del numero di componenti della squadra OSS.

I risultati della simulazione appena mostrata prevedevano una squadra composta, come già detto, da 18 elementi, nei prossimi due esperimenti di simulazione le squadre saranno costituite prima da 16 e poi da 20 unità.

Squadra OSS = 16

Tabella 23

Risultati simulazione, focus su attività (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=16

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo dinamico d'attesa	Somma tempo di elaborazione	Ritardo medio per ogni attività	Ritardo massimo per ogni attività
TP	1960	287:16:56	390:52:54	0:08:48	0:36:06
A	280	101:40:26	62:54:23	0:21:47	0:34:53
V	1680	398:05:11	267:18:00	0:14:13	0:36:15
TC	1120	252:16:41	197:00:51	0:13:31	0:36:15
TB	1120	187:11:27	188:09:22	0:10:02	0:35:45

Tabella 24

Risultati simulazione, focus su risorsa (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=16

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo di elaborazione	Tempo morto aggregato	Grado di saturazione
Operatore Socio Sanitario	6160	1106:15:32	349:41:31	0,7598

Questa alternativa appare immediatamente molto più difficile da accettare, dati gli alti ritardi che si registrano, sia medi che assoluti.

Squadra OSS = 20

Tabella 25

Risultati simulazione, focus su attività (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=20

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo dinamico d'attesa	Somma tempo di elaborazione	Ritardo medio per ogni attività	Ritardo massimo per ogni attività
TP	1960	24:56:15	390:52:54	0:00:46	0:09:38
A	280	7:34:41	62:54:23	0:01:37	0:09:14
V	1680	18:52:17	267:18:00	0:00:40	0:09:20
TC	1120	15:51:06	197:00:51	0:00:51	0:10:18
TB	1120	14:34:07	188:09:22	0:00:47	0:09:50

Tabella 26

Risultati simulazione, focus su risorsa (orizzonte temporale di 7 giorni da Lunedì a Domenica), con componenti squadra OSS n=20

Processo	Processi eseguiti	Somma tempo di elaborazione	Tempo morto aggregato	Grado di saturazione
Operatore Socio Sanitario	6160	1106:15:32	713:40:47	0,6079

Nella configurazione con 20 OSS per la squadra inter reparto, come ovvio, si registra un abbassamento dei ritardi e del grado di saturazione, che però forse non sono così evidenti da giustificare l'utilizzato di due OSS in più rispetto al primo scenario.

OSS che come già suggerito potrebbero assolvere ad altre importanti mansioni.

Non possiamo dimenticarci di descrivere i dettagli determinanti di questa metodologia di stima, che possono tradursi in difetti.

Meglio descriverli ed esserne conoscenti, piuttosto che evitare di farli emergere.

Quindi è bene evidenziare come i dati oggetto della rilevazione riguardano attività che implicano lo spostamento da un reparto all'altro, ma che sempre nascono e muoiono all'interno dello stesso reparto. Queste attività sono svolte da personale OSS che si occupa di soddisfare attività di quel reparto e di nessun altro.

Nella nostra simulazione noi utilizziamo uno scenario ben diverso, in cui la squadra inter-reparto svolge attività su un'area molto più vasta l'intero padiglione, quindi le attività possono nascere e morire in molti diversi punti, ovvero in uno qualsiasi dei reparti che costituiscono il padiglione.

Questo sta a significare, in concreto, che in questo scenario che vogliamo ipotizzare, si verranno presumibilmente a creare degli spostamenti dell'OSS che nei dati rilevati essendo diverso lo scenario operativo, non si sono tenuti in considerazione.

Questo presenta un limite, che porta con sé il rischio di sottodimensionare la squadra inter-reparto.

Ma allo stesso tempo è bene evidenziare un'altra caratteristica del processo di stima che ha l'effetto opposto, ovvero quello di sovradimensionare la squadra OSS.

Assieme a queste è bene notare anche un'altra caratteristica di questa configurazione alternativa, che questa volta presenta solo termini positivi, riguarda in particolare l'attività del controllo delle attività svolte dai fornitori esterni, che gli OSS sono di fatto obbligati a sobbarcarsi.

In particolare ci riferiamo all'attività di pulizia, la più delicata sotto questo punto di vista.

Per il TO BE 1 bis si ha una distinzione del controllo pulizie (controllo interno, destinato all'OSS di reparto e controllo degli spazi comuni, destinato all'OSS di

squadra) che si presume permetta di garantire un più efficace espletamento del compito.

Il controllo interno è mantenuto ad un certo livello, presumibilmente alto, in quanto compito di OSS che occupano costantemente il reparto.

Il controllo esterno è ritenuto efficace in funzione del fatto che presenta ridondanze, cioè più squadre possono esercitare controllo su determinati punti.

Risvolti organizzativi nel reparto

Differentemente dallo scenario disegnato nel TO BE 1, qui ci sono delle risorse che agiscono su più reparti, quindi si interfacciano con più entità, ognuna con proprie peculiarità.

Come gestire questo elemento critico?

A mio avviso il coordinatore di reparto, che nell'AS IS, come nel TO BE 1 è l'operational manager, non può essere sufficiente alla gestione ottimale di questa configurazione, se così fosse troveremmo una squadra composta da un certo numero di elementi, le cui prestazioni verrebbero contese tra tutti i coordinatori infermieristici dei reparti a cui quella squadra è assegnata.

C'è bisogno quindi di un referente unico della squadra, che si interfacci con tutti i coordinatori dei reparti serviti.

Allo stesso tempo questo figura dovrà interfacciarsi anche con i fornitori, ogniqualvolta che questi ultimi si interfacciano con gli OSS della squadra.

Questa figura sarà il maggiordomo di padiglione e si sobbarcherà anche l'effettuazione dei controlli su alcuni servizi forniti da terzi, secondo le linee guida del DSSP.

In questo scenario si può vedere come le relazioni tra personale sanitario interno e fornitore di servizi, saranno quasi interamente bypassati dal maggiordomo e questa senza stravolgimenti organizzativi in quanto nessuna delle attività che i fornitori svolgono nei processi di trasporto del paziente, trasporto del materiale biologico, servizi di pulizia, distribuzione del vitto e movimentazione di strumentazioni e documenti è riferita all'unità reparto.

Anzi l'introduzione di una figura come questa sgraverà i coordinatori di reparto dell'onere di rapportarsi a volte con frequenza con i fornitori. Il maggiordomo sarà quindi un attuatore in piccolo delle linee guida del DSSP, con un'attenzione più operativa ed una marcata sensibilità sanitaria.

L'impatto organizzativo di questa configurazione è senz'altro più alto di quello della precedente e possiamo classificarlo come medio, e sempre secondo le classificazioni mostrate in tabella potremmo chiamare l'intervento un "ridisegno".

8.3. TO BE 2

Ora giungiamo all'alternativa più complessa e che implica un impatto organizzativo decisamente più alto, sia a livello della gestione operativa del reparto da parte dei coordinatori medico infermieristici, sia a livello della gestione amministrativa del DSSP.

Come un buon approccio al BPR ci insegna non bisogna partire dalle attività che si svolgono in AS IS, ma solo dall'obiettivo ultimo per il quale certe attività si svolgono.

Cioè osservare il valore che il processo si propone di generare e su questa necessità ristrutturare al meglio il processo.

8.3.1. La proposta

Questa, come le altre precedenti due alternative, non è un guida minuziosa da applicare per migliorare l'AS IS, bensì una filosofia di miglioramento, che si differenzia appunto da quelle che sono state le proposte TO BE 1 e TO BE 2.

Come abbiamo preannunciato, questa alternativa, sarà la più rivoluzionaria, ed anche quella che ricorrerà di più alla partecipazione di fornitori esterni.

Perciò si vuole preliminarmente fare una considerazione rispetto alle caratteristiche delle attività che costituiscono un processo. In ambito ospedaliero, se ne è già dato evidenza nelle pagine precedenti, ci sono attività che possono essere effettuate da tutti, per le quali sono tollerabili errori, e che non necessitano di una particolare formazione dell'unità preposte a svolgerle. Ci sono però anche degli attività che hanno un impatto determinante sul paziente e per i quali non è tollerabile il minimo errore, di conseguenza chi le svolge deve essere accuratamente formato.

8.3.1.1. Valutazione qualitativa

Per questo motivo introduciamo un indice di valutazione, che nominiamo "indice di impatto sul paziente", che si prefigge l'obiettivo di attestare l'incidenza sul paziente dell'esternalizzazione di un servizio di supporto, in funzione di due dimensioni:

- Incidenza dell'attività esternalizzata sulla cura del paziente (a numeratore)
- Competenza e sensibilità sanitaria del fornitore esterno a cui è assegnato lo svolgimento dell'attività, quindi garanzia che questo svolga l'attività rispettando rigidi criteri assistenziali (a denominatore)

Per ogni attività per la quale si valutano esternalizzazioni possiamo quindi quantificare l'indice di impatto sul paziente, ovviamente sono accettabili solo esternalizzazioni che mantengono basso questo indice.

Nello sviluppo di questo indice ci viene incontro anche il modo in cui abbiamo scelto di mappare i processi AS IS.

Facciamo un esempio ricordando il processo di lavanolo:

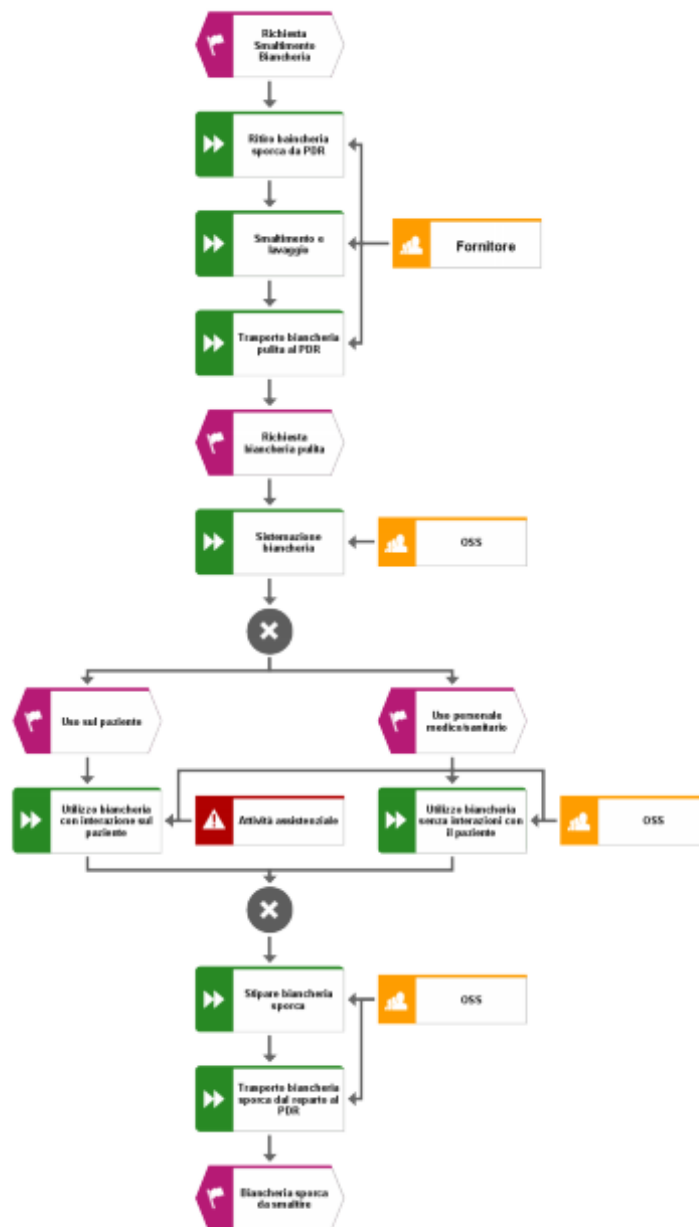


Figura 20

Lavanolo

Vediamo come ci sia un'attività che si contraddistingue per il collegamento al costruito "attività assistenziale". In particolare è l'attività di utilizzo della biancheria pulita sul paziente, come ad esempio il cambio delle lenzuola, è quindi un'attività che implica sempre il contatto con il paziente e per ciò determina una certa

nell'attuazione, ovvero un rischio nel caso quindi questa procedura accurata non venga rispettata.

Quando nella mappature AS IS mostrate compare un costrutto come quello appena messo in evidenza, vuol dire che c'è un'attività di quel processo che necessita di una certa attenzione nello svolgimento, e quindi per essa è necessario sviluppare il profilo di impatto sul paziente prima di prendere considerazione quest'ultima filosofia di ridisegno.

La mappatura ci dà quindi una prima indicazione sulla prima dimensione dell'indice di impatto, la natura assistenziale dell'attività. Il livello d'intensità verrà poi definito successivamente, la mappatura fa una distinzione tra attività che non abbiamo bisogno di alcuna sensibilità e attività che in qualche misura che necessitano.

Così come esiste un'attività delicata nel processo di lavanoleggio, ne esistono altre in quello di distribuzione del vitto e dei servizi di pulizia, come si può notare nella mappature in EPC mostrate precedentemente.

La tabella che segue vuole invece fungere da guida per determinare la grandezza che sta a numeratore dell'indice, ovvero quella che abbiamo chiamato "incidenza del processo sul paziente".

Abbiamo scelto di proporre tre dimensioni "alto impatto", "medio impatto", "basso impatto".

Per rendere più fruibile lo strumento, nella seconda colonna si dà una definizione delle caratteristiche che l'attività deve avere per appartenere ad un determinato gruppo.

Nell'ultima colonna, invece, si fanno dei possibili esempi della attività che potrebbero rientrare in un certo gruppo.

Tabella 27

Classificazione dimensione "incidenza sul paziente"

ALTO	Attività che impattano in modo importante sulla qualità della cura del paziente. Mancanze in questo settore non sono tollerabili perché potrebbero comportare conseguenze anche gravi.	Pulizia delle strumentazioni mediche a contatto con il paziente
MEDIO	Attività che impattano in modo importante sulla qualità della degenza del paziente.	Aiuto nel mangiare, cambio delle lenzuola, trasporto del paziente
BASSO	Attività che impattano poco sul paziente e che per la brevità di intervento e bassissima complessità non sono considerate critiche.	Trasporto del vitto, trasporto del materiale biologico, pulizia delle padelle

Quella mostrata, rimane, come è inevitabile che sia, una classificazione più di natura qualitativa, che quantitativa, date le caratteristiche delle grandezza che andiamo a valutare.

Così come la prima dimensione, dobbiamo esplicitare anche la seconda dimensione dell'indice, quella che sta a numeratore, ovvero la sensibilità sanitaria e la competenza assistenziale dell'operatore che svolge una certa attività.

Notiamo quindi come questa dimensione trovi la sua natura al di fuori del processo.

È perfettamente indipendente dal processo, è invece funzione esclusiva della risorsa a cui assegno il compito di svolgere una certa parte del processo.

Mentre quindi la prima dimensione indaga all'interno del processo, e può essere costruita tramite l'analisi del processo e nient'altro, questa seconda dimensione è estranea al processo, questo non vuol dire che sia meno importante, anzi, manifesta una variabilità che deve essere accuratamente esaminata.

La determinazione del livello di sensibilità, infatti, non è cosa facile, dato che, a seconda della particolare risorsa che prendiamo in considerazione, uno stesso processo può avere a che fare con molti "livelli di sensibilità".

Pure in questo caso ricorreremo a valutazioni di carattere qualitativo.

Vediamo la tabella seguente, che può essere letta nello stesso modo della precedente.

Da sinistra a destra si trovano prima la definizione della dimensione, poi le caratteristiche tali per cui una certa risorsa è definibile in un certo modo, ed infine un esempio concreto di risorsa che risponda a tali caratteristiche.

Tabella 28

Classificazione dimensione "sensibilità e competenza assistenziale della risorsa"

ALTA	Operatori che sono formati specificatamente in campi sanitario e assistenziale	Operatori Socio Sanitari operatori esterni formati ad hoc
MEDIA	Operatori che non hanno una formazione specifica in ambito sanitario, ma che dimostrano certe attitudini assistenziali	Operatori esterni
BASSA	Operatori che non hanno alcuna formazione specifica in ambito sanitario e che hanno difficoltà a fornire un contributo in assistenza, si fa riferimento anche e soprattutto all'incapacità di comunicare in italiano con il paziente e con i responsabili del reparto*	Operatori esterni

quello delle incomprensioni linguistiche potrà apparire a molti come un elemento paradossale, ma invece questo si presenta come un reale e forte ostacolo all'esternalizzazione dei servizi di pulizia, soprattutto nel caso in cui il fornitore in questione è ***.*

Vediamo come sia per il livello di “media sensibilità” che di “alta sensibilità” l’esempio portato sia sempre quello dell’operatore esterno, ma ovviamente ci sono diverse tipologie di fornitori esterni, taluni di questi potranno essere classificati tra quelli a “media sensibilità”, altri di questi potranno essere classificati ad “alta intensità”.

Quindi la determinazione di questa dimensione “sensibilità” dipende dal modo in cui scegliamo di riprogettare il processo, o meglio dipende a chi decidiamo di assegnare certe attività, e qual è il livello di competenza e attività delle figure a cui scegliamo di assegnare l’attività.

Questo vuole essere un suggerimento di quello che può essere una regola da applicare per tenere in considerazione la problematica del livello di servizio destinato al paziente, ed il tutto deve assolutamente essere rivisto e discusso con i coordinatori infermieristici oltre che con le unità dirigenziali dell’ospedale.

A seconda che scelga un certo ridisegno, invece dell’altro, muterà la sensibilità della risorsa, e di conseguenza muterà il livello d’impatto sul paziente, a volte potrebbe assumere valori ammissibili, altre volte invece saranno inaccettabili e la proposta non potrà essere presa in considerazione.

La valutazione di questo indice dunque, si farà in seguito alla concreta formulazione di riprogettazione e potrà bocciarla o promuoverla, sarà una sorta di controller finale.

Le attività che lo permettono (tipicamente quelle per quali si garantisce un basso indice di impatto sulla cura del paziente) sono esternalizzate ai fornitori.

Questa sensibilità (che coniuga esternalizzazione con la visione centrale che permette l’integrazione) deve essere garantita da un particolare assetto organizzativo, del quale si dà un esempio applicativo nel seguito.

Fondamentale è la tematica della garanzia che i fornitori sulla propria sensibilità medica e sulla qualità delle attività che andranno a svolgere. Si può pensare all’istituire la figura di maggiordomo di padiglione o di piano.

Il punto debole della configurazione è quello già enunciato della criticità dell'impatto sul paziente di alcune attività. Per contro con l'esternalizzazione ci si propone di avere dei significativi miglioramenti dal lato dell'efficienza operativa.

Nel caso in cui si voglia valutare la cessione in fornitura dei servizi che più interferiscono con il livello assistenziale, come denunciato dalla dimensione "impatto sul paziente", l'ospedale deve necessariamente ripensare anche il sistema di controlli sulla qualità sui tali servizi esternalizzati, di questo problema si tratterà in maniera più approfondita nel capitolo dedicato ai risvolti organizzativi.

8.3.1.2. Valutazione economica

Assieme ad una valutazione sulla qualità del servizio reso al paziente, c'è un altro criterio che deve necessariamente essere migliorativo nell'applicazione di una proposta TO BE, e questa è una valutazione economica. Infatti l'ospedale non potrà permettersi il lusso di applicare una riorganizzazione se questa comporterà un aumento di spesa rispetto alla situazione attuale. Anzi, come si può facilmente immaginare, saranno ben accolte proposte che permettono di abbassare questa spesa.

Una banale ma significativa analisi economica può essere prodotta come segue, si prendono in considerazione:

- RAL OSS (retribuzione annua lorda OSS) = X
- Tempo non assistenziale per OSS/Tempo totale OSS = Y (%)
- RAL OSS per non assistenziale = X*Y = Z
- Numero OSS = N
- Spesa OSS per non assistenziale = N*Z = C

Se è possibile appaltare ad un fornitore esterno i servizi alberghieri (non assistenziali) ad un costo inferiore a C, allora si compie un'operazione economicamente conveniente. Questo è un criterio imprescindibile.

Ma non basta, perché non mi garantisce un risparmio a bilancio, perché le spese totali (RAL OSS che rimane inalterata + spesa fornitori) potrebbero comunque aumentare rispetto alla spesa attuale (anzi è probabile che sia così).

Quindi devo vedere come posso far risparmiare ai fornitori, guadagnando in efficienza, tramite una strutturazione in RTI (Raggruppamento Temporaneo di Imprese), che promette ampi spazi di integrazione e sinergia, senza trascurare l'efficienza funzionale, che vanno cercati con la soluzione organizzativa di cui si è dato un esempio in precedenza.

Concretamente questa alternativa vede l'allargarsi, lungo ogni processo, dei confini d'azione dei fornitori. L'intervento dell'OSS sarà richiesto solo per quelle attività ad alto carico assistenziale, oppure potremmo meglio dire, per quelle attività per le quali non si sono trovate proposte di ridisegno che consentissero all'indice di impatto sul cliente di assumere valori adeguati.

Per estendere i confini dei fornitori lungo il processo, può essere utile la seguente tabella, che mostra tutti gli attori, a monte e a valle dell'attività dell'OSS, che entrano in un processo del quale l'OSS gestisce qualche attività.

Infatti è tra il gruppo di questi attori che dobbiamo ricercare le potenziali nuove risorse a cui allocare l'attività che oggi è dell'OSS, infatti così allargheremo il confine di quella risorsa, come previsto, e restringeremo quella dell'OSS, concentrando i suoi sforzi sulle attività che possiamo definire più a valore, perché sono le più delicate, quelle di natura sanitaria – assistenziale.

Tabella 29

Vista, per ogni processo, sugli attori in serie ed in parallelo all'attività dell'OSS

PROCESSO	CON CHI IN PARALLELO	CON CHI IN SERIE
TP	MOSS, FORNITORE	MEDICI
L		*****
V		OPERATORI MENSA
TB		LABORATORI, FORNITORE
TC		MAGAZZINI, FARMACIA, REPARTI, ECT..
P	*****	

Così per ogni processo è da valutare l'estensione dei confini d'azione dei fornitori.

Il modo migliore per fare questo è avvalersi dello strumento della mappatura, in questo particolare caso però potremmo valutare l'ipotesi di mostrare la mappatura in BPMN così da avere subito l'impatto visivo della attività assegnate ad una lane che, come è ben noto, rappresenta una specifica risorsa a cui è allocata l'attività.

Cominciamo dal processo di lavanolo, si mostrerà prima la mappatura BPMN della situazione AS IS.

Subito dopo si daranno una o più configurazioni alternative TO BE, che seguono appunto il principio di allocare i task indispensabili allo svolgimento del processo a risorse diverse rispetto a quelle dell'AS IS.

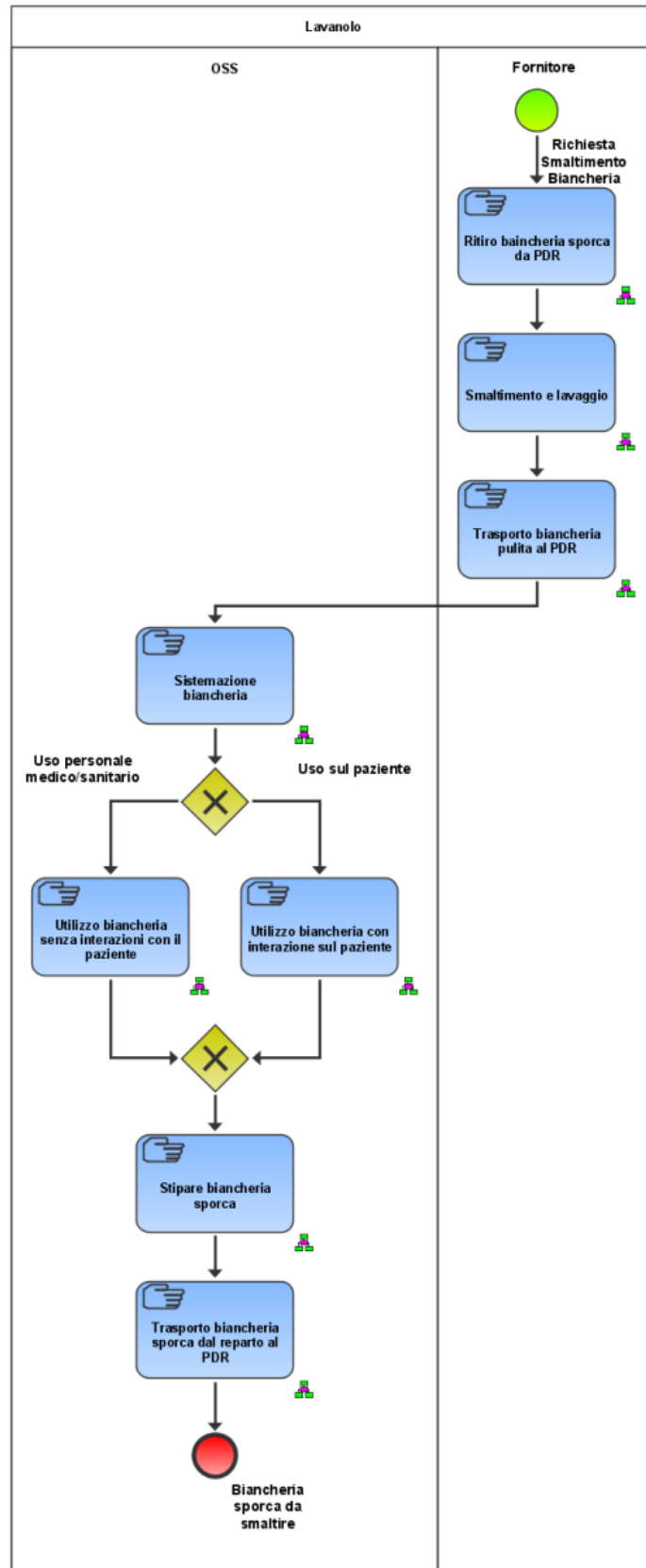


Figura 21

Mappatura BPMN Processo Lavano (AS IS)

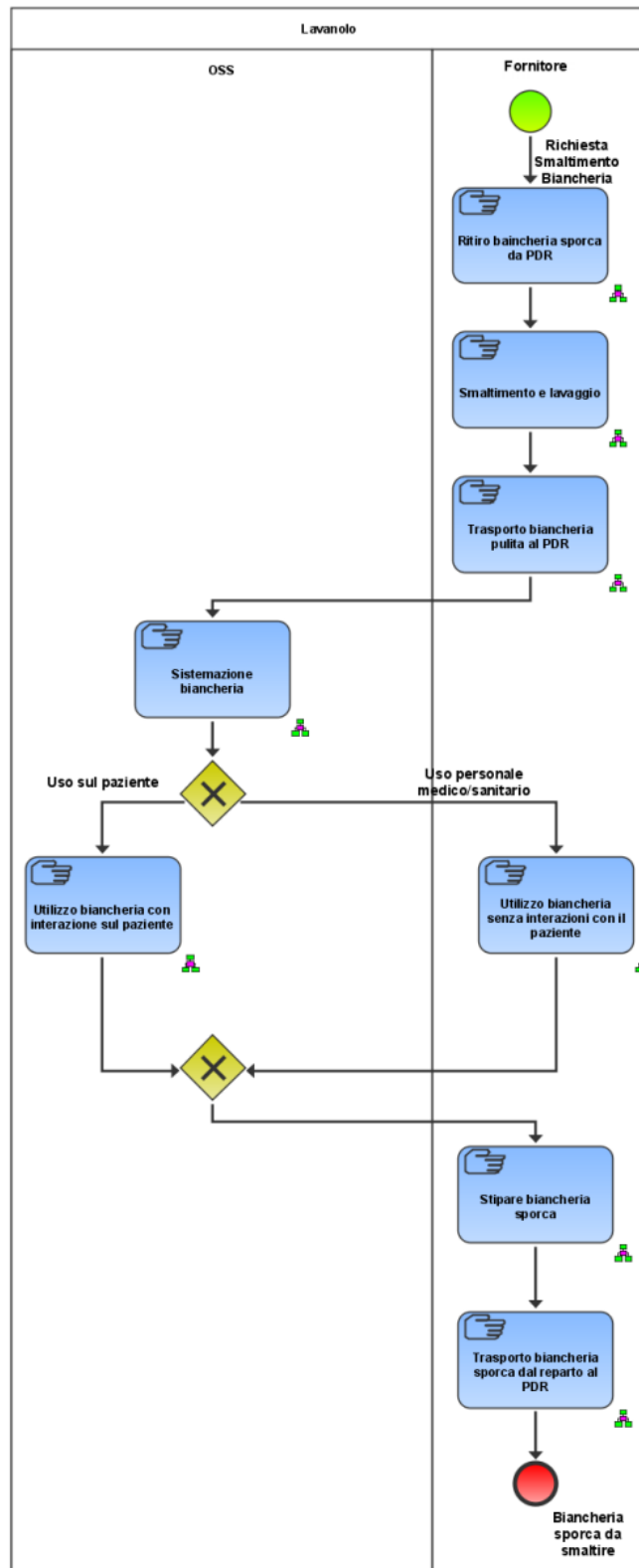


Figura 22

Mappatura BPMN Processo Lavavolo

Vediamo come ***** entri in gioco solo all'inizio del processo, nelle fase di ritiro della biancheria dal PDR, di smaltimento o lavaggio di questa, e di trasporto della biancheria nuova o pulita, ancora al PDR.

A punto l'unità organizzativa attiva nel processo diventa l'OSS, fino a quando il processo è ultimato.

Questa mappatura, invece, presenta una possibile riallocazione delle attività del processo lavanolo.

In particolare vediamo che il ruolo del fornitore ***** non si limita alle prime attività del processo, ma in questo caso ultima il processo svolgendo le attività di ritiro della biancheria sporca direttamente dal reparto (l'ultima attività) e svolgendo anche l'attività di utilizzo della biancheria che non comporta il contatto con il paziente, ovvero, questo per tenere l'indice di impatto sul paziente basso, come abbiamo spiegato precedentemente.

Con l'attività "utilizzo biancheria senza interazione con il paziente", si intende tutte quella serie di compiti utili che si svolgono nel reparto, su alcune categorie di biancheria pulita, senza appunto entrare in contatto con il paziente, queste possono essere il rifornimento e la sistemazione degli armadietti dei medici, degli infermieri e degli OSS, di camici e altre biancherie utili.

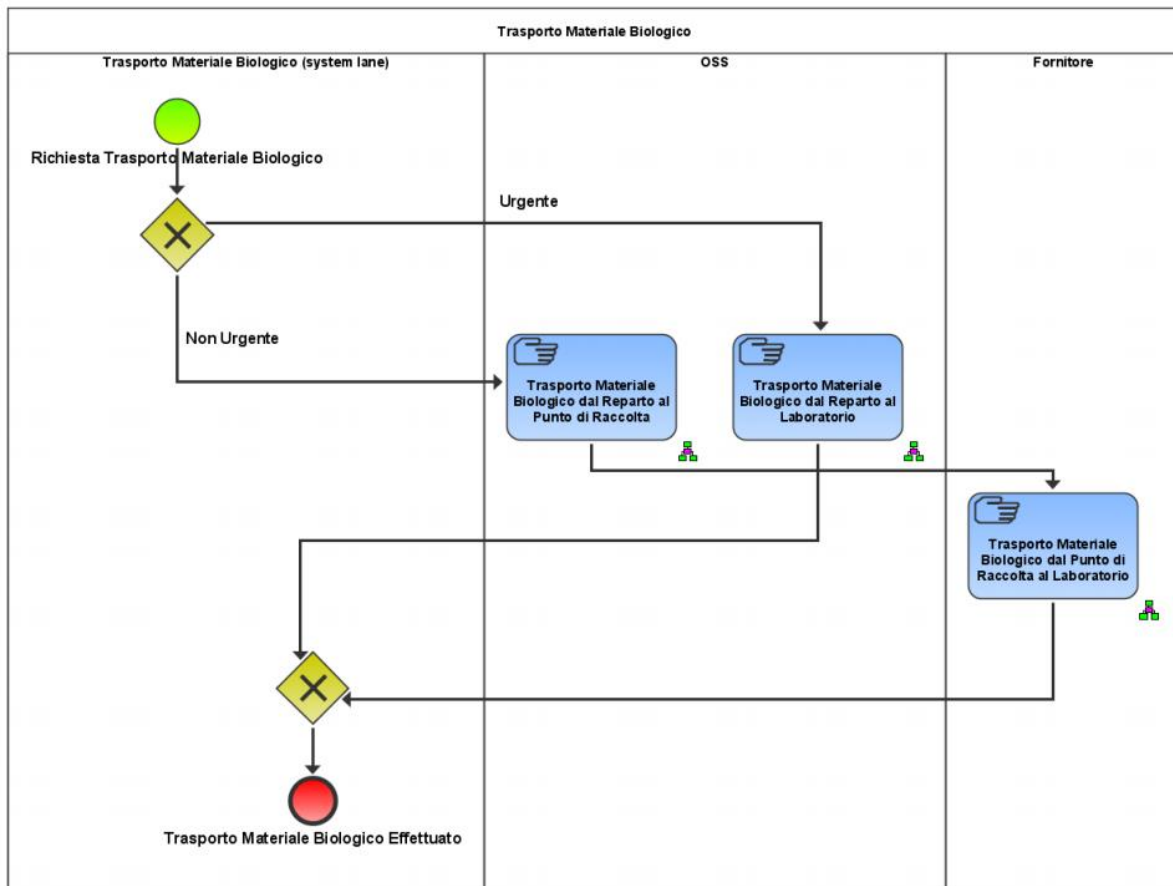


Figura 23

Mappatura BPMN Processo Trasporto Materiale Biologico (AS IS)

Questa è la mappatura del processo di trasporto del materiale biologico, con enfasi sulle allocazioni tra attività e risorsa dedicata al compimento dell'attività in questione.

Riconosciamo la differenza tra il trasporto urgente ed il trasporto non urgente, e proprio sul secondo ramo di questo processo si può pensare ad una diversa allocazione dell'attività.

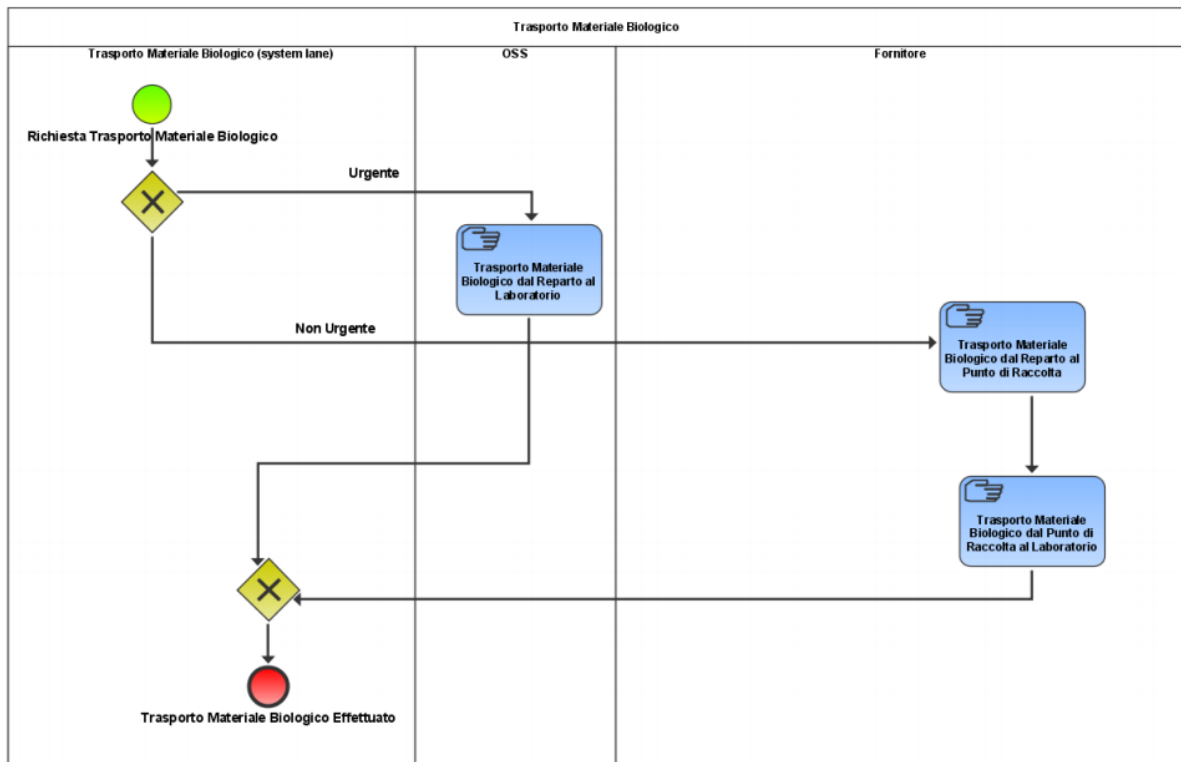


Figura 24

Mappatura BPMN Processo Trasporto Materiale Biologico (TO BE)

Questa è la rappresentazione di quanto accennato sopra. Ovvero tutto il ramo del processo riguardante il trasporto di materiale biologico non urgente, è riallocato al fornitore esterno, che oggi si occupa solo del trasporto dal PDR al Laboratorio di analisi.

Mentre per ragioni di necessità rimane perfettamente inalterata, e quindi a carico dell'OSS il trasporto del materiale urgente.

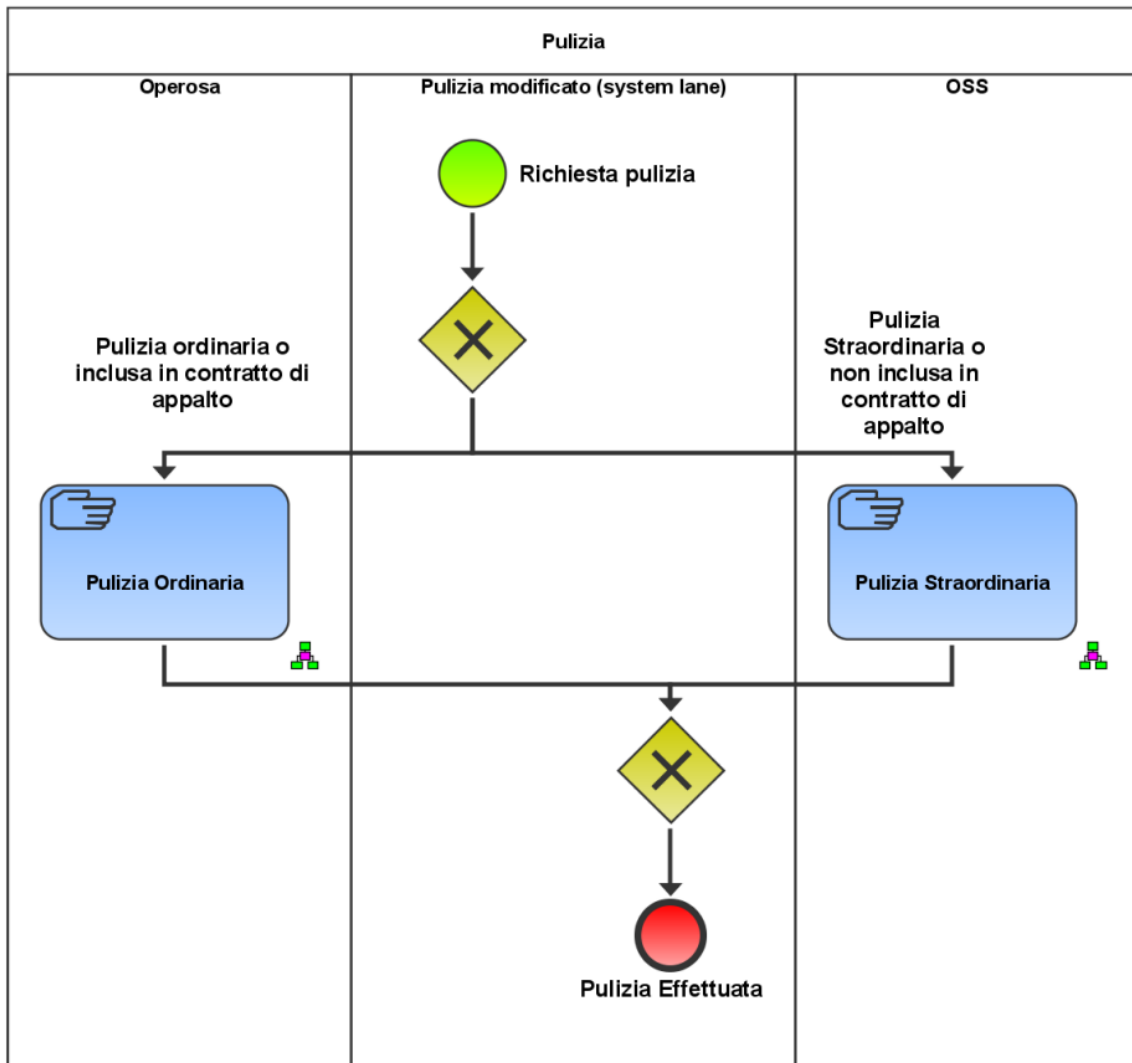


Figura 25

Mappatura BPMN Processo Trasporto Materiale Biologico (TO BE)

Questa mappatura da un'altra prospettiva all'allocazione delle attività di pulizia tra OSS ed il fornitore di servizi *****.

Da questa raffigurazione è difficile trarre elementi che possano guidare una riallocazione alternativa delle attività, ma può far riflettere per quanto riguarda il

criterio per la distinzione tra attività che passa in carico all'OSS o che passa in carico al fornitore.

L'ambiguità generata dal termine "pulizia straordinaria" non è casuale, ma voluta e con questa si vuole proprio descrivere l'incertezza che talvolta si genera nella gestione di questi servizi nei reparti. Infatti ogni reparto spesso dimostra di avere un proprio iter operativo che differisce da quello degli altri reparti e questo certo non aiuta nel controllo degli standard del servizio offerto da ***** che di volta in volta, da reparto a reparto, si trova a svolgere compiti diversi.

Riguardo ai processi di servizi di pulizia quindi, il primo obiettivo da raggiungere è quello di creare una certa uniformità tra i servizi svolti da ***** nei reparti, così da poter creare standard di qualità che possano rappresentare un metro coerente per la valutazione delle prestazioni erogate e possano quindi portare ad una definizione chiara ed univoca dei termini "pulizia straordinaria" e "pulizia ordinaria".

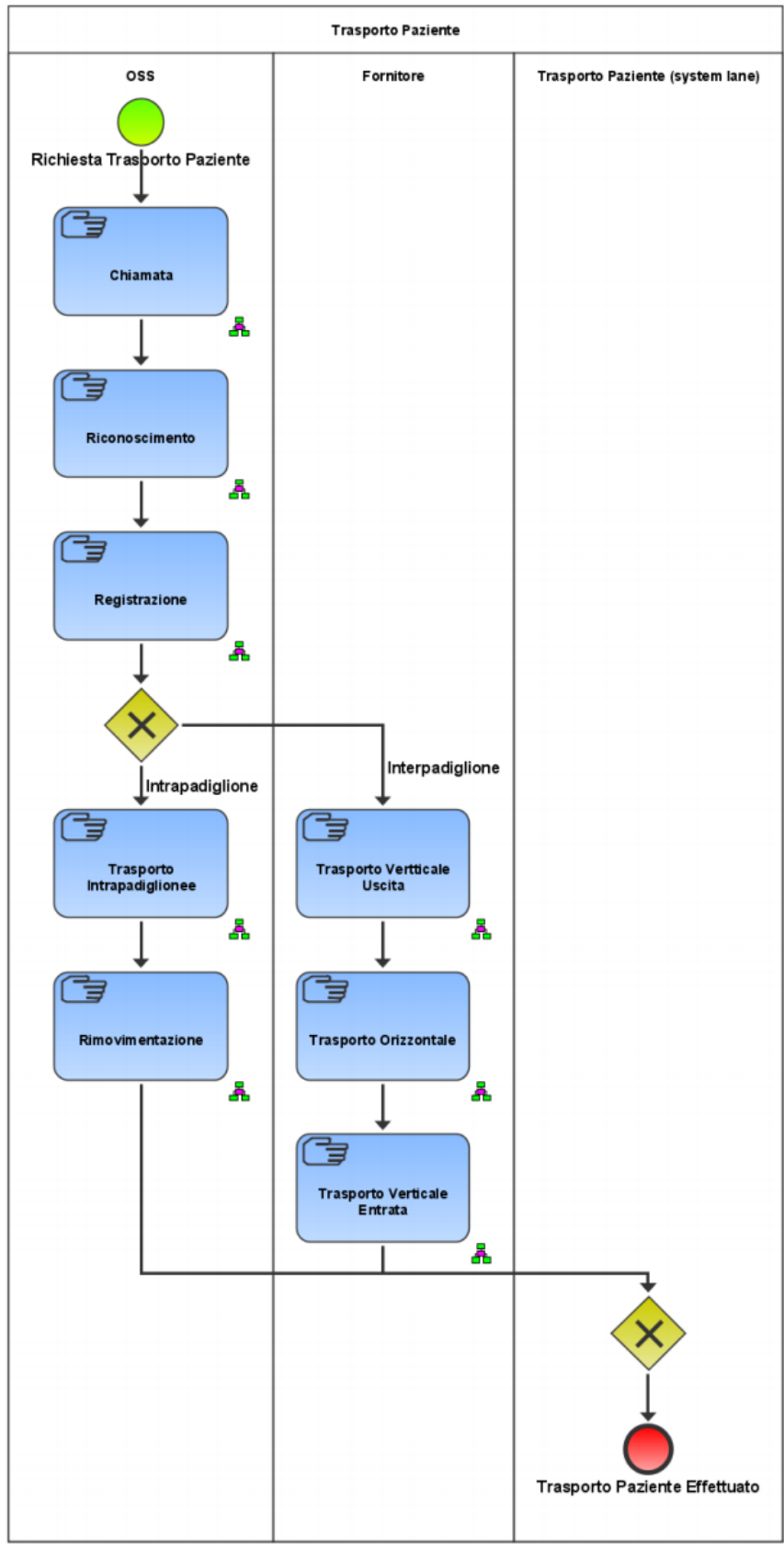


Figura 26

Mappatura BPMN Processo Trasporto Paziente (AS IS)

Infine trattiamo il processo del trasporto paziente, quello che presenta i risvolti più pesanti dal punto di vista economico.

La mappatura BPMN dell'AS IS mostra ancora una volta l'allocazione delle attività alle risorse.

Questo processo è più denso di attività, il più frequente e di conseguenza quello che pesa di più anche dal punto di vista delle voci di costo.

Come si può vedere, dopo le prime attività svolte dall'OSS, si sviluppano due rami di processo, uno per il trasporto intra padiglione (a carico dell'OSS) l'altro per il trasporto inter padiglione (a carico del fornitore).

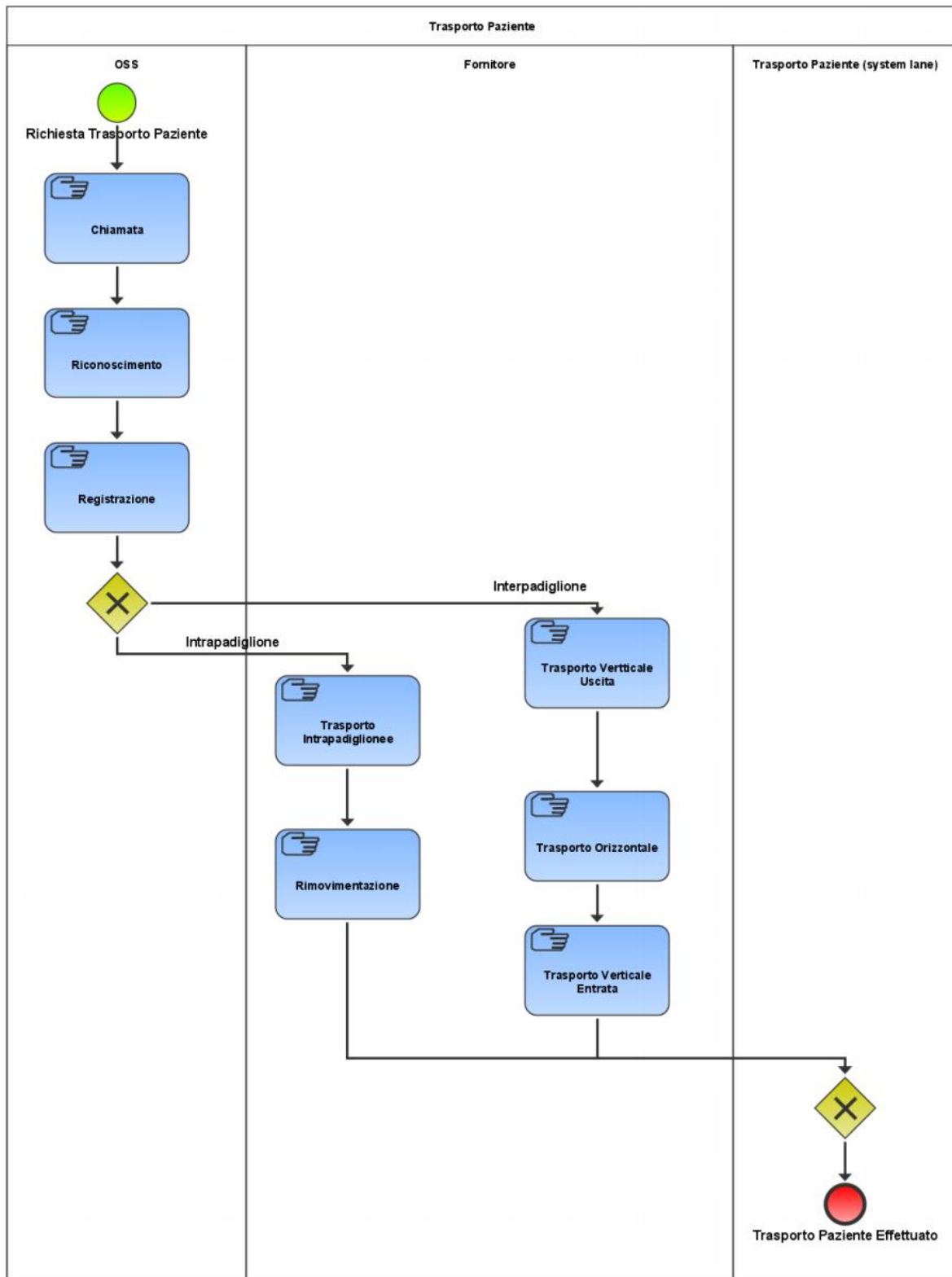


Figura 27

Mappatura BPMN Processo Trasporto Paziente (TO BE)

Nella mappatura di pagina precedente possiamo invece notare come molte delle attività che nell'AS IS sono di competenza dell'OSS, passano in mano dei fornitori esterni.

L'OSS continua ad avere l'incarico delle prima attività del processo, e non potrebbe essere altrimenti, data la centralità dei servizi di riconoscimento e registrazione dello spostamento del paziente.

Dopo di ch ̀ per ̀, il fornitore diventa l'unico esecutore sia per i trasporti interni al padiglione sia per quelli esterni a questo.

Una situazione in cui il fornitore partecipa ai trasporti interni al padiglione  ̀ gi ̀ presente nello spesso citato padiglione 5, con la differenza per ̀ che assieme a questo si affiancano anche gli OSS.

La proposta pu ̀ avere il vantaggio di liberarmi da un grande peso l'unit ̀ organizzativa OSS del reparto, infatti quello del trasporto paziente  ̀ un processo molto frequente e che richiede molto tempo. Allo stesso modo per ̀ anche il contratto al fornitore dei trasporti pazienti rappresenta un'impegno economico importante per l'ospedale. Quindi assieme a questa proposta di TO BE illustriamo anche un'alternativa sempre per quanto riguarda il trasporto paziente.

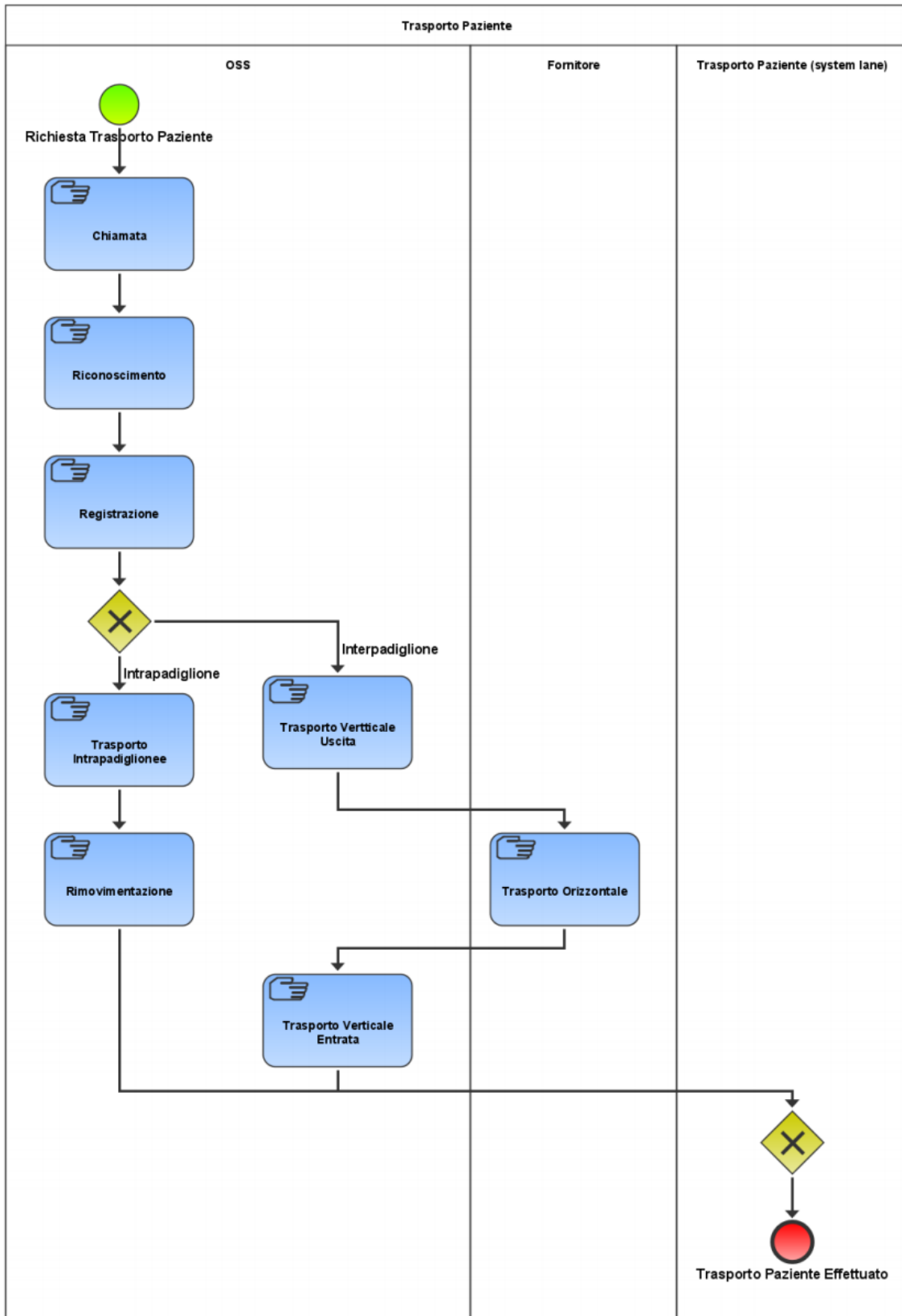


Figura 28

Mappatura BPMN Processo Trasporto Paziente (TO BE¹)

Nella mappatura della pagina precedente invece proponiamo ancora una nuova allocazione, quella che vede l'allocazione della maggior parte dei compiti agli OSS. Questa configurazione potrà sembrare in contro senso rispetto a quanto sostenuto fino ad adesso, dato che vede un'allargamento delle funzioni dell'OSS, ma la giustificazione di questa scelta è di natura economica. Infatti ricordiamo la rilevanza del costo che l'ospedale sostiene al fine di garantire il servizio di trasporto interpadiglione, e quanto il bilancio del sant'Orsola sia penalizzato da una gestione inefficiente dei trasporti del paziente.

Un'ambulanza tenuta occupata, senza essere utilizzata, rappresenta un costo, oltre che facilmente evitabile, anche molto oneroso.

In particolare, avvalendoci dei dati mostrati in precedenza, tentiamo di stimare il valore degli sprechi.

Dei 1297380 minuti, corrispondenti a 21632 ore, necessari nell'anno 2013 per i trasporti interpadiglionei dei pazienti

8.3.1.3. Risvolti organizzativi nel reparto

Quella appena presentata è senza dubbio l'alternativa di riprogettazione dei processi che ha le più ampie potenzialità di ridurre la spesa che l'Ente Pubblico oggi deve sostenere per garantire, attraverso i servizi di supporto, il corretto svolgersi delle attività dell'ospedale.

Assieme a questa potenzialità ci sono anche una serie di connotati meno positivi, proviamo ad elencare i più importanti.

La proposta di esternalizzazione genererà un elevato grado di resistenza al cambiamento, che speriamo sia almeno in parte limitata dall'attenzione che si è rivolto a che certi cambiamenti non inficino la qualità della cura e dell'assistenza del paziente. L'indice di incidenza che abbiamo suggerito si propone esattamente questo obiettivo.

Questo buon proposito, peraltro inevitabile in contesto di sanità pubblica, da solo non può bastare a garantire che certi standard siano rispettati, è necessario ripensare il sistema di controllo della qualità.

Non può mancare una figura che quotidianamente sia a contatto con la realtà del reparto e del padiglione

9. Il Cambiamento Organizzativo nel DSSP

Nel descrivere le tre alternative si è suggerito anche la figura che dovrebbe operativamente dirigere e controllare il corretto svolgimento delle attività.

Questa figura è sempre presente nel reparto o padiglione dove al paziente sono offerti i servizi in questione, e questa figura è a seconda della proposta TO BE o il coordinatore di reparto, o una nuova figura interna, il maggiordomo di piano o di padiglione (a seconda delle dimensioni).

L'attività di questa figura che potrà assumere una delle due specificità (maggiordomo o coordinatore) si manifesta nella gestione operativa quotidiana delle servizi di supporto.

Infatti è questa la prima entità che ha la visibilità sul servizio erogato, che si interfaccia con i fornitori in caso di esigenze particolari, oppure semplicemente per coordinare tempi e modi d'erogazione di un servizio. Si pensi ad esempio al problema, che abbiamo descritto in precedenza, del trasporto inter-padiglione del paziente, che coinvolge sia risorse interne (OSS) che i fornitori esterni, qui un coordinamento sui tempi di arrivo e partenza del paziente è fondamentale.

A questa figura spettano anche i doveri della tracciabilità degli avanzamenti all'interno oltre che un suo controllo ed una supervisione ravvicinata. Il tutto per garantire un'erogazione del servizio fluida rispettosa di alti standard qualitativi, riducendo al massimo i tempi morti, che rappresentano un importante costo per l'azienda ospedaliera.

Il fornitore infatti è pagato per il tempo che la sua ambulanza è tenuta impegnata, quindi se un'ambulanza aspetta un paziente che è ancora a letto nella camera di degenza si genera un costo per un'attività che ai fini dell'erogazione del servizio è perfettamente inutile e che potrebbe facilmente evitato, quello che l'ingegnere giapponese Taiichi Ohno, il primo fautore della filosofia della produzione snella, avrebbe chiamato "muda".

E così anche per le pulizie, questa figura di coordinamento si prende in carico la pianificazione delle pulizie standard al fine di generare il minor intralcio all'attività di reparto, e si occupa di inviare rapide segnalazioni in caso della necessità di una pulizia straordinaria. Insomma questa figura fa da trait d'union tra le esigenze alberghiero-logistiche e le figure preposte al loro adempimento. Siano queste, a seconda delle proposte TO BE, fornitori esterni o personale socio-sanitario interno.

Cosa diversa però è la gestione a più alto livello dei servizi di appalto, per cui è necessario una visione d'insieme che esula dal contesto del reparto o del padiglione, ma che deve guardare alla totalità del servizio in tutto l'ospedale.

Questa visione è imprescindibile per la necessità, da parte dell'ospedale, di riacquistare un governo totale dei servizi di supporto, per non perdere l'opportunità di cogliere possibili sinergie, ma anche per utilizzare una metodologia per pianificare in modo ottimale i controlli, avere la conoscenza dei contratti di appalto nella sua interezza per quindi rafforzare la posizione dell'ospedale in sede di rinegoziazione, essere informati sui doveri delle due parti in gioco, ovvero fornitori e personale sanitario, e tutta una serie di attività ad alto livello, che non possono prescindere da una conoscenza meno approfondita, ma generale.

Come abbiamo anticipato, ad oggi il DSSP, è costituito da un direttore di dipartimento, e da quattro nuclei operativi, tutto quanti costituiti solo da una figura, che hanno competenza sui servizi in appalto ai fornitori, più un altro nucleo che gestisce la ristorazione.

Quindi abbiamo quattro persone che conosco nel minimo dettaglio i contratti di appalto di un tipico servizio, e possono gestire rapidamente e con efficienza ogni richiesta con quel fornitore, coordinare il fornitore in questione con il reparto che ha l'esigenza del servizio.

Ma manca una figura come quella prima descritta, che abbia un raggio d'azione più ampio, su tutti i processi e su tutti i fornitori. Si può pensare che una figura ci sia, il direttore, ma la figura del direttore è per definizione poco operativa, il suo ruolo all'interno del dipartimento è soprattutto quello di sponsor e spokesman, e cioè ha il compito di definire le linee guida e di allacciare rapporti di alto livello con gli attori esterni, ma non ha e non può avere declinazioni più operative.

Questa competenza andrà creata nel DSSP e avrà altri referenti con i fornitori (a un livello più alto rispetto a quello che oggi hanno ognuno dei responsabili) e avrà il compito di concordare con i gestori operativi i controlli, farà su di questi una valutazione complessiva, tramite la quale si potrà quantificare la bontà di un certo appalto. Inoltre a questa figura è delegato il compito molto importante di tendere all'integrazione di processo anche sul versante del fornitore: il punto che abbiamo affrontato anche nell'introduzione.

Un possibile organigramma del DSSP è quello che segue:

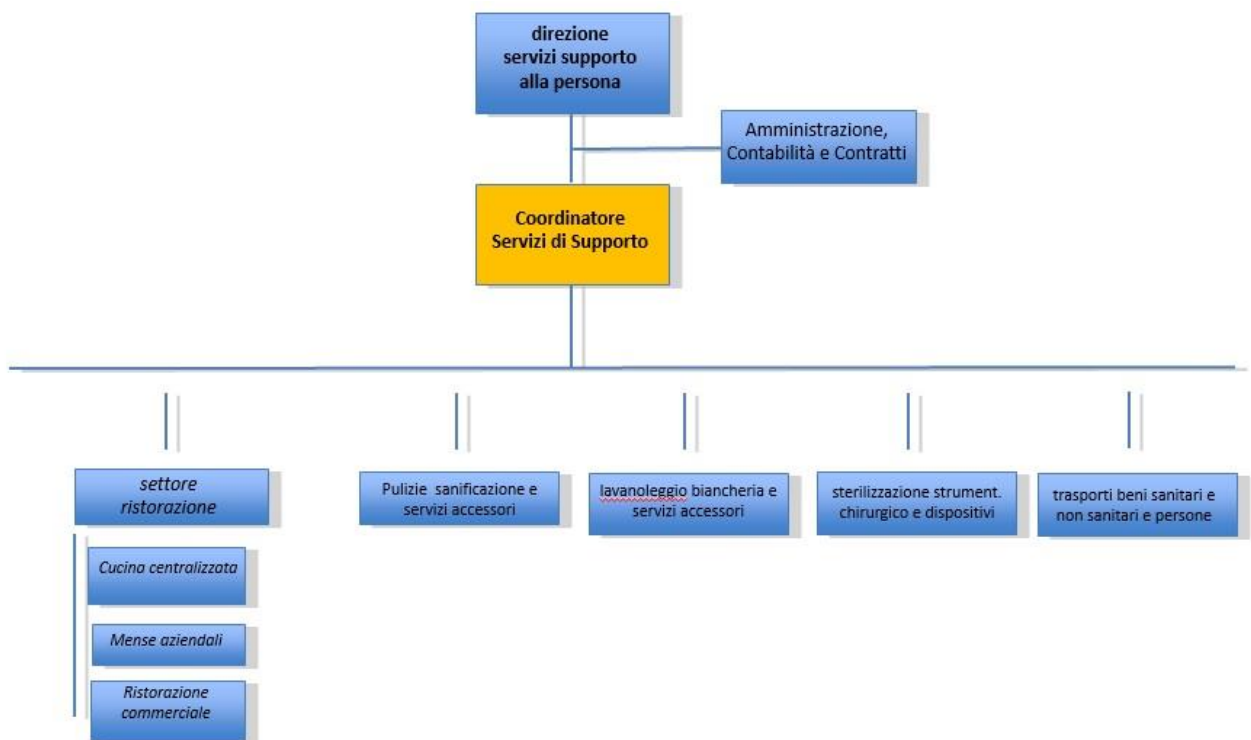


Figura 29

Configurazione organizzativa suggerita per il DSSP

In tutto e per tutto identico a quello attuale, solo che prevede la presenza della figura di “Coordinatore Servizi di Supporto”.

Questa figura ha quindi la competenza di una visione generale su quello che sono i servizi di supporto alla persona. Ha la conoscenza dei contratti di fornitura su tutti i servizi, è alla ricerca di offerte migliorative da parte di fornitori, sia già clienti del sant’Orsola che nuovi, è sensibile al bisogno di integrazione trasversale ai processi, pianifica in modo sistematico e secondo le più ottimizzanti normative i controlli sui servizi erogati da terzi.

Ha quindi competenze molto ampie.

- Capacità analitica, per capire e saper descrivere i processi nella sua interezza
- Capacità di problem solving, per generare soluzioni migliorative di gestione dei servizi di supporto
- Confidenza con gli ambiti giuridici della scrittura dei contratti di appalto della P.A.
- Conoscenza e applicazione delle normative UNI ISO sul controllo qualità
- Background medico-sanitario, o estrema sensibilità alle peculiarità del contesto
- Capacità comunicative e di gestione dei rapporti con i fornitori
- Capacità di ascolto delle problematiche che gli si presenteranno lato sanitario-operativo (coordinatore infermieristico, o maggiordomo) e lato amministrativo-gestionale (dai responsabili diretti di ognuna della 5 funzioni dei servizi di supporto)

La soluzione appena illustrata se presenta la volontà di creare una figura preposta all’integrazione dei processi, presenta anche alcuni punti di difetto.

Intanto rappresenta un costo aggiuntivo che l’Ente deve sostenere, che può essere indicativamente supposto tra i 30.000 e i 40.000 Euro di retribuzione lorda annua.

Inoltre bisogna considerare le possibili complicazioni e ambiguità a livello di responsabilità e divisione dei compiti. Sarà necessario chiarire in modo inequivocabile quando sarà la nuova figura di coordinatore a prendere contatto con i fornitori, e quando invece dovranno essere i responsabili diretti del servizio. La stessa problematica andrà risolta internamente, quindi con le relazioni con i reparti ed i coordinatori.

Sarà indispensabile definire i limiti decisionali, tra le figure che possiamo definire divisionali, cioè quelle responsabili di un tipico processo, e quella del coordinatore.

In sintesi c'è il rischio che questa modifica dell'organigramma con l'inserimento di una figura di raccordo tra Direttore e Responsabili di Funzione, possa invece che rendere più fluido il processo decisionale e liberare il Direttore di compiti operativi e di controllo, generare l'effetto contrario, ovvero chiamare la figura del direttore a risolvere conflitti e problematiche di ambiguità dei ruoli più di quanto non faccia già adesso.

Quindi in alternativa ad una modifica di questo tipo dell'organigramma, possiamo suggerire una seconda soluzione per garantire quella visione d'insieme che abbiamo definito requisito imprescindibile per un miglioramento nella gestione dei processi ausiliari, che porti i suoi buoni frutti siano nell'immediato che in prospettiva futura.

Per giungere a ciò partiamo dall'analizzare nuovamente la struttura organizzativa attuale del DSSP, che appunto abbiamo giustamente definito una struttura divisionale, dato che la divisione di compiti e responsabilità avviene sulla base dei processi di supporto (responsabile trasporti, responsabile pulizie, ect...)

Quindi proviamo a capire quali sono le attività che in seno ad ogni divisione devono essere svolte, possiamo elencare queste:

- Controllo di qualità sui servizi offerti dal fornitore,
- Raccolta segnalazioni problematiche dai coordinatori di reparto,
- Reattività alle segnalazioni dai reparti, risoluzione di queste interfacciandosi con il fornitore,

- Gestione amministrativa e burocratica (archiviazione segnalazioni e non conformità, registrazione controlli, ect...)

Queste sono le quattro più importanti attività che abbiamo individuato, l'intuizione è quella di voler dare la dimensione di trasversalità ad una di queste attività, ovvero svincolarla dalla gestione divisionale che fino ad oggi è attuata e renderla unica e comune a tutti i processi, così da facilitare la creazione di una visione d'insieme.

Tra tutte le quattro elencate l'attività che più ha un carattere di trasversalità e può comportare la nascita e lo sviluppo di una visione e di un governo generale è quella che implica il dialogo con i coordinatori di reparto, ovvero la raccolta di segnalazioni da parte dei reparti.

Questa proposta quindi suggerisce che all'attuale configurazione divisionale sul controllo e gestione dei processi, si affianchi un'attività comune alle quattro divisioni, svolta trasversalmente alle quattro divisioni.

Dobbiamo poi occuparci di come suddividere i compiti all'interno del DSSP, siccome è nostro intento non prevedere l'assunzione di nuovo personale è necessario ripensare la suddivisione dei compiti.

L'idea è quella di accorpare due divisioni, come quella del lavanoleggio e della sterilizzazione degli strumenti chirurgici, sotto la stessa figura responsabile. La figura in questione avrà un campo più ampio di cui doversi occupare, ma non dimentichiamo che la funzione di interfacciamento con i reparti non sarà più di sua competenza ma sarà assolta dalla nuova funzione trasversale, quindi possiamo pensare che i carichi di lavoro siano comunque bilanciati.

Un'attenzione a parte va riservata per l'attuazione di un piano di ridisegno dei processi come quello indicato dall'alternativa TO BE 2.

In questo caso infatti, ricorrendo ad un più accentuato intervento dei fornitori esterni è necessario ideare una struttura organizzativa profondamente diversa, che riesca a trattare i temi delicati del controllo sulle attività delegate ai fornitori, dell'efficienza in ogni singolo processo e della gestione generale e sinergica dei servizi di supporto.

Il modello a cui si vuole tendere è quello di una stretta cooperazione tra l'Ente pubblico sanitario, e un grande fornitore di servizi, od un insieme di piccoli fornitori specialistici che possano però andare a definire un gruppo stabile e partecipativo.

Al fornitore, od al gruppo di fornitori, sono delegate le attività di produzione del servizio, ovvero lo svolgimento pratico delle attività, a cui possiamo quindi associare una strutturazione divisionale, ovvero esiste un centro di responsabilità per ogni servizio di supporto.

Mentre l'Ente ha il compito di supervisionare e, coadiuvato dal fornitore, cercare integrazioni virtuose tra le diverse attività, che permettano risparmi e miglioramenti godibili sia dal lato dell'Ente che dal lato del fornitore.

La supervisione dell'Ente può essere attuata attraverso la centralizzazione di talune attività, che quindi sono rese in maniera trasversale a tutte le divisioni di servizio.

Quindi questo può essere visto come un'evoluzione della soluzione proposta prima, ovvero quello di un'attività centralizzata funzionale e tre divisioni di processo. In questa proposta le responsabilità divisionali sono delegate al fornitore, mentre sono individuate altre quattro responsabilità funzionali, trasversali ai processi, che garantiscono di mantenere alta la qualità ed il controllo sui processi delegati ai fornitori. Queste quattro funzioni sono di pertinenza del DSSP.

Un modello esemplificativo può essere il seguente.

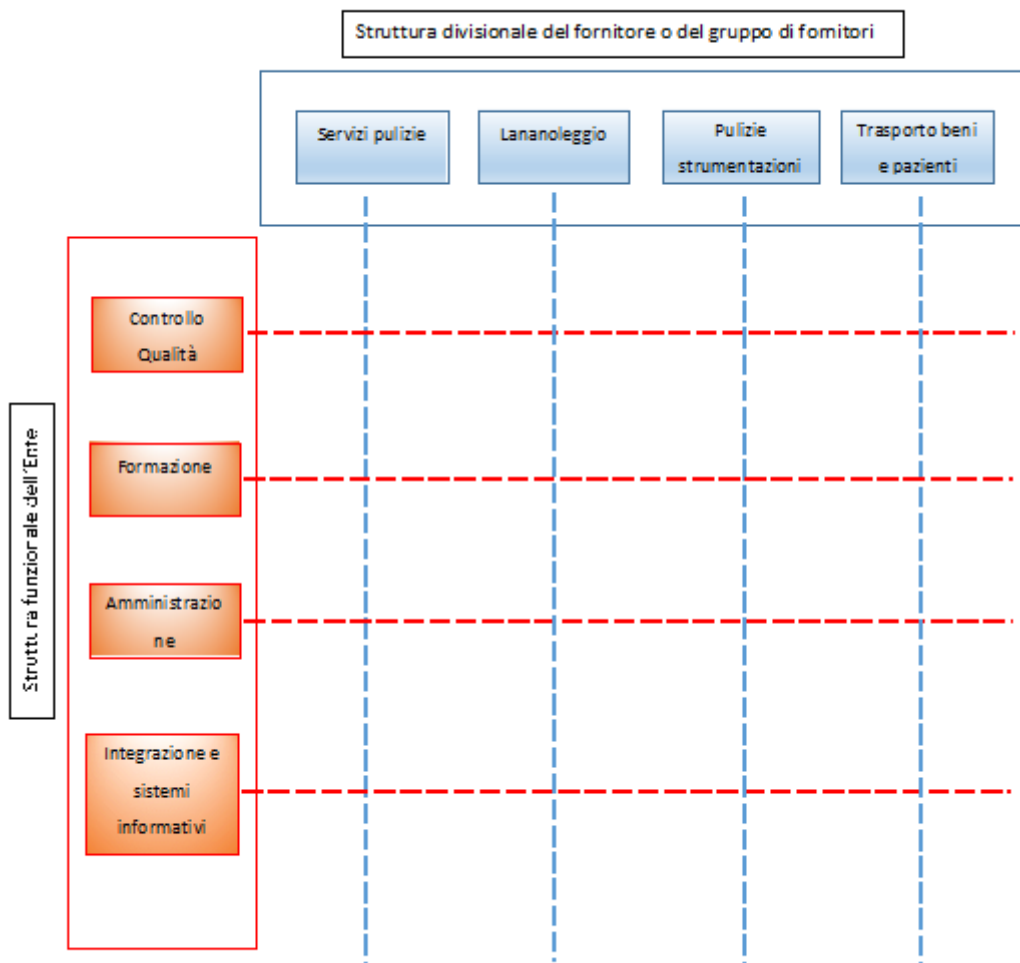


Figura 30

Proposta di struttura organizzativa DSSP

10. Conclusioni

Il Policlinico sant'Orsola dovrà nei prossimi mesi affrontare un sostanziale cambiamento nella gestione dei propri servizi di supporto interni.

Le direttive imposte dalla spending review, e la scadenza di molti bandi di fornitura con attori esterni, saranno motivo di largo impegno per chi al sant'Orsola è impegnato nella riorganizzazione di questo settore.

In questo elaborato, assieme all'inesperienza, spero di aver dimostrato anche un forte impegno nel voler contribuire, anche in misura minima, a far sì che il cambiamento in atto possa apportare valore anche dal punto di vista gestionale, ad una struttura che per quanto riguarda l'ambito medico, è sicuramente d'eccellenza.

Vorrei concludere ribadendo l'importanza di un elemento per ognuna delle tre alternative di riassetto organizzativo, ovvero l'implementazione di un robusto ed efficace sistema informativo.

Che potrà avere molteplici declinazioni, alcune delle quali attuabili solo in orizzonti temporali decisamente lunghi ed a fronte di impegni economici rilevanti.

Tra quelli a quelli facilmente e rapidamente implementabili e che comportano un oneroso impegno economico, si può pensare ad un'applicazione mobile fruibile su smartphone che offra servizi a più figure e su più livelli.

Si pensi solo a titolo d'esempio alle seguenti funzioni:

- OSS che vengono tempestivamente informati di necessità di reparto o di trasporto,
- pazienti o parenti che in maniera semplice e rapida denunciano una non conformità,
- integrazione tra unità organizzative diverse che collaborano alla realizzazione del medesimo processo.

- Sull'utilizzo di questa applicazione si può evolvere il concetto di un sistema GIS (geographic information system) più articolato e strutturato, la cui implementazione richiede però tempi medio-lunghi e costi economici non indifferenti.

Quello che se ne potrà trarre è una mappatura delle attività dell'ospedale, con informative sul luogo e sull'ora di effettuazione, uno strumento utilissimo in fase di governo, e di continuo miglioramento del processo di supporto.

Una cosa di questo si è cercato di attuarla attraverso il questionario degli OSS di cui abbiamo parlato, è che è stata la base di partenza per tutte le congetture di miglioramento proposte.

I difetti del metodo adottato, come già ricordato, sono la non certa affidabilità del dato e l'onerosa attività di controllo e validazione del dato, che deve essere fatta prima di poterlo interpretare.

Questi due grandi difetti verrebbero completamente annullati se, invece di compilare un questionario al momento dell'uscita dal reparto, dovessero riconoscere il proprio badge su un apposito dispositivo lettore e contemporaneamente indicare il tipo di attività in procinto di svolgere. Esattamente come fatto nel questionario, con i grandi vantaggi che ora e attività non saranno sensibili a effetti di distorsione quali l'imprecisione di chi compila, l'approssimazione oraria, la dimenticanza, e questo oltre che fornire un dato più affidabile sgraverà di molto l'attività di cui è preposto all'interpretazione del dato.

Vorrei chiudere con una nota positiva proprio nell'ambito Information System, ricordando come attualmente il sant'Orsola stia portando a compimento il progetto e l'implementazione di un middleware che ha il compito di interfacciare tutti gli attori che partecipano allo svolgimento di determinate attività, per far sì che questi siano tempestivamente informati dello stato attuale di avanzamento e su questo possa quindi gestire al meglio le proprie risorse.

Infatti il middleware in questione sarà fruibile da ogni reparto e potrà permettere di tenere costantemente monitorate tutte le attività in essere che interessano il reparto.

Un esempio su tutti può essere l'utilità durante il trasporto pazienti, si pensi all'utilità che genera un sistema che informa tempestivamente il reparto quando un paziente è in procinto di arrivare, e viceversa anche quanto possa essere utile per il fornitore del trasporto conoscere con precisione il momento in cui il paziente potrà essere prelevato dal dato reparto.

Questo applicativo avrà indubbiamente il merito di abbattere tempi morti e sprechi di risorse.

RISORSE BIBLIOGRAFICHE

- Business Process Reengineering: a review of recent literature
Peter O'Neill, Amrik S. Sohal (1999)
- A model management approach to Business Process Reengineering **Levent V. Orman (1998)**
- The matrix of change **Erik Brynjolfsson, Amy Austin Renshaw, Marshall Van Alstyne (1997)**
- Business Process Change: a study of methodologies, techniques and tools **William J. Kettinger, James T. C. Teng, Subashish Guha (2009)**
- Integrating simulation in organizational design studies **George M. Giaglis, Ray J. Paul, Vlatka Hlupic (1999)**
- Business Process Simulation **Karim Tumay (1996)**
- A generic structure for business process modeling **Fu- Ren Lin, Meng-Chyn Yang, Yu-Hua Pai (2002)**
- Developing a process-reengineering-oriented organizational change exploratory simulation system **Chi-Kuan Chen, Cheng-Ho Tsa (2010)**

- Using business-process simulation within a business-process reengineering approach **Andrew Greasley (2003)**
- Simulation of business process **Ray J. Paul, George M. Giaglis, Vlatka Hlupic (1999)**
- Simulation in manufacturing and business: a review **Mohsen Jahangirian, Tillal Eldabi, Aisha Naseer, Lampros K. Stergioulas, Terry Joung (2009)**
- *Dal libro Theory of constraints (TOC) e innovazione nel governo dei processi in sanità. Cristiana Cattaneo (2013)*
 - Cap 1 L'aziendalizzazione della sanità
 - Cap 2 Il controllo di gestione nelle aziende ospedaliere
 - Cap 3 La logica di processo e le contaminazioni dalle imprese industriali
- *Dal libro Healthcare Management Kieran Walshe, Judith Smith (2011)*
 - Cap 2 The politics of healthcare and the health of policy process: implication for healthcare management **Jennifer Dixon**
 - Cap 4 Allocating resources for healthcare: setting and managing priorities **Iestyn Williams**

- Cap 5 Research, innovation and health technology assessment **James Raftery**
- *Dal libro Healthcare Management* **Kieran Walshe, Judith Smith (2011)**
 - Cap 14 Purchasing Healthcare **Judith Smith, Juliet Woodin**
 - Cap 15 Building facilities and equipment **Barrie Dowdeswell, Steve Wright**
- Activity-Based Costing an emerging foundation for performance management **Peter B.B. Turney (2010)**
- Time-Driven Activity-Based Costing **Robert S. Kaplan, Steven R. Anderson (2003)**
- Economia della produzione **A. Marshall, M. P Marshall (1975)**
- “Make or buy” decisions in the production of health care goods and services: new insights from institutional economics and organizational theory **Alexander S. Preker, April Harding, Phyllida Travis (2000)**
- Conceptual framework for organizational reform in the hospital sector. *In Innovation in health service delivery: corporatization in the hospital sector* **A. Harding, AS. Preker (2000)**

- Exit, voice and loyalty: responses to decline in firms, organizations, and states **Hirschman A. (1970)**
- Contestability vs competition in American economic review **WG Shepherd (1984)**
- *Dal libro Innovazione organizzativa e tecnologie innovative*
Alessandro D'Atri (2004)
 - Cap 8 Nuove forme organizzative e il ruolo delle tecnologie di coordinamento a livello intra-organizzativo e inter-organizzativo
- X-Engineering **James Champy (2003)**
 - Cap 5 Il difficile cammino verso l'armonia
 - Gradi di armonizzazione
 - Armonizzazione e cannibalismo
- *Dal libro Theory of constraints (TOC) e innovazione nel governo dei processi in sanità* **Cristiana Cattaneo (2013)**
 - Cap 4 La teoria dei vincoli theory of constraints
 - Cap 5 La theory of constraints nell'healthcare
 - Cap 6 TOC Thinking Process un caso di studio in un'azienda ospedaliera polispecialistica

- Physician-hospital integration and economic theory of the firm. *In Medical care research and review* **J. Robinson (1997)**
- Incentives in principal-agent relationship. *In Journal of economic perspective* **DE Sappington (1991)**
- Agency problems and the theory of the firm. *In Journal of political economy* **EF Fama (1980)**
- Theory of the firm: managerial behavior, agency cost, and ownership structure. *In Journal of financial economy* **MC Jensen, WH Meckling (1976)**
- Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives **O. Williamson (1991)**
- Transaction cost economy. *In Handbook political economy* **O. Williamson (1989)**
- The economic institutions of capitalism: firms, markets and relations contracting **O. Williamson (1985)**
- Bargaining cost, influence cost, and the organization of economic activity. *In Perspective on positive political economy* **P. Milgrom, J. Roberts (1990)**
- Economics of organization and management **P. Milgrom, J. Roberts (1992)**

- IS process innovation evolution in organisations **Erja Mustonen-Ollila, Jukka Heikkonen (2008)**
- Introduction to public health informatics **P.W. O'Carroll (2003)**
- Geographic Information Systems **C.L. Hanchette (2003)**
- History and significance of information systems and public health **J.R.Lumpkin (2003)**
- Interpreting information system in organizations **G. Walsham (1993)**
- *Dal libro* Healthcare Management **Kieran Walshe, Judith Smith (2011)**
 - Cap 16 Informatics for healthcare systems **Iain Buchan**
- ORGANIZZAZIONE PER PROCESSI IN SANITÀ, di Eugenio Vignati e Paolo Bruno
- PROJECT MANAGEMENT IN SANITÀ, di Eugenio Vignati e Paolo Bruno

I Miei Ringraziamenti

In cima a tutti non possono che esserci i miei genitori, Margherita e Mauro, che mi hanno sempre sostenuto, in ogni modo e con ogni loro forza.

E con i miei genitori, tutti coloro che sono stati negli anni vicini alla mia famiglia, tra tutti Aurora, Marilena e Salvatore, Zia Marisa, con la loro esperienza hanno gradualmente temperato la mia immaturità.

Ringrazio tutti i miei compagni di corso, in particolare Alessandra, Il Mitico Farullone, L'Irrimpiazzabile Lanzo, Beatrice, Gianandrea, Ilaria, Selly, Andrea, Il Cascio.

Per gli studi matti e disperatissimi, per le esperienze di convivenza estrema a cui ci hanno obbligato i “gruppi di lavoro”, per le serate, per i consigli, per il conforto, per le scoperte cinematografiche, per la schiettezza, per la dipendenza dalle console virtuali, per due e più anni passati insieme.

Grazie ai miei coinquilini, Maria, Stefano, Pietro e Lisa.

Per avermi dato la possibilità di conoscere una parte della Spagna e del Freddo Nord del Trentino, senza spostarmi da casa.

Per la vita stretta, per avermi fatto scoprire la sterminata gentilezza del Conta, per le scommesse abilmente dimenticate, e per l'Aceto Balsamico!

Non posso dimenticare i miei amici di sempre, Il 3C, l'Ibe, Il Fei, per le pazze serate, i consigli, per essere cresciuti insieme, per essere sinceri

amici anche vivendo in luoghi diversi, Il Val, per il testing dei giochi da tavolo che spopoleranno nei prossimi anni, Il Masso, per darmi la possibilità di ritenermi uno dallo stile di vita regolare e ordinato, Il Tempe, Elisa, Valentina, Arianna, Romeo, il Roso, Duccio, Pippo, Il Beca e Marco.

Grazie a tutti i miei amici salentini e grazie al Salento, la mia patria al pari di San Rocco a Pilli!

In particolare Il Gravo, Frank, Stefania, Daniele, Claretta, Daniela, Giulia, Silvia, Stefano.

Per la loro inestimabile amicizia e per tutti i momenti belli, divertenti, irripetibili che abbiamo condiviso.

Grazie a tutte le persone con le quali ho condiviso la mia esperienza di tirocinio, Clio, Marco, Viorica, Silvia, Raffaella, Elisa, per la disponibilità, la pazienza e la competenza.

Grazie al Professor Alessandro Grandi ed a Giacomo Carli che mi hanno permesso di impegnarmi in un progetto stimolante e molto ricco dal punto di vista formativo.

Grazie a tutti coloro che sono con me a festeggiare, ed a tutti quelli che avrebbero voluto esserci.

Infine grazie ad Annalisa, la persona più presente, il mio centro di gravità permanente.