

La rilevanza della *clinical governance* nell'IRCCS AOU Policlinico di Sant'Orsola di Bologna: cultura, metodi e strumenti per l'engagement dei clinici

Anna Prenestini, Alessio Cortiana, Sergio Cinocca, Caterina Bianciardi, Alessandra De Palma, Simonetta Stanzani, Laura Vigne, Consuelo Basili, Chiara Gibertoni*

Il presente contributo ha lo scopo di analizzare l'introduzione di sistemi e strumenti di *clinical governance* all'interno dell'IRCCS AOU Sant'Orsola di Bologna a partire dagli inizi degli anni Duemila. Dopo aver presentato l'azione ampia del termine *clinical governance* adottata in questo studio, che include non solo i metodi e le tecniche per raggiungere l'eccellenza dell'assistenza sanitaria ma anche la capacità di

creare condizioni per la partecipazione dei clinici, il contributo riporta le caratteristiche strutturali, organizzative e di produzione dell'Azienda. Successivamente sono indagati i prodromi della *clinical governance* attraverso una breve disamina delle principali modifiche nelle normative e politiche della Regione Emilia-Romagna su questa materia. Quindi, sono esaminati i modelli organizzativo-gestionali e gli strumenti manageriali adottati dall'Azienda per favorire la partecipazione dei clinici, tra cui l'istituzione di figure di referenti per materia, il percorso del riesame, i sistemi di qualità e rischio clinico, la gestione diffusa per progetti e i team multidisciplinari. Infine, è discussa l'importanza di creare una cultura organizzativa aziendale orientata alla partecipazione e al governo dei clinici.

Parole chiave: *clinical governance*, partecipazione dei clinici, qualità, rischio clinico, collegio di direzione, dipartimenti ad attività integrata, cultura organizzativa.

S O M M A R I O

1. Introduzione al caso
2. L'IRCCS AOU di Bologna: mission, assetto organizzativo, dati strutturali e di attrazione
3. I prodromi della *clinical governance*: i cambiamenti negli assetti istituzionali e nelle politiche sanitarie in RER
4. Sistemi e strumenti manageriali per favorire la *clinical governance* nell'IRCCS AOU di Bologna
5. La creazione di una cultura organizzativa orientata alla partecipazione e al governo dei clinici
6. Conclusioni

* Anna Prenestini, Dipartimento di Economia, Management e Metodi Quantitativi (DEMM) e CRC HEAD, Università degli Studi di Milano. E-mail: anna.prenestini@unimi.it.

Alessio Cortiana, Centro di Studio e Ricerca in Sanità Pubblica, Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Sergio Cinocca, SS Governo clinico e qualità, IRCCS AOU di Bologna. Corresponding author, e-mail: sergio.cinocca@aosp.bo.it.

Caterina Bianciardi, UOC Direzione Operativa, IRCCS AOU di Bologna.

Alessandra De Palma, UOC di Medicina Legale e Gestione Integrata del Rischio, IRCCS AOU di Bologna.

Simonetta Stanzani, SS Monitoraggio e supporto all'acquisizione del personale dirigente sanitario, IRCCS AOU di Bologna.

Laura Vigne, UOC Controllo di gestione, IRCCS AOU di Bologna.

Consuelo Basili, Direttrice Sanitaria, IRCCS AOU di Bologna.

Chiara Gibertoni, Direttrice Generale, IRCCS AOU di Bologna.

The relevance of clinical governance in the research and teaching hospital “IRCCS AOU Policlinico di Sant’Orsola” in Bologna: culture, methods, and tools for clinician engagement

This contribution aims to analyze the introduction of clinical governance systems and tools within the research and teaching hospital “IRCCS AOU Policlinico di Sant’Orsola” in Bologna, Italy, starting from the early 2000s. First, we present the broad meaning of clinical governance adopted in this study, which includes the methods and techniques to achieve excellence in health care and the ability to create conditions for clinician engagement. Following, the contribution reports the structural, organizational, and production characteristics of the research hospital. Then, we investigate the prodromes of clinical governance through a brief examination of the main changes in the regulations and policies of the Emilia-Romagna Region on this matter. Afterwards, we examine the organizational and managerial models and tools adopted by the research hospital to encourage the participation of clinicians. Finally, we discuss the importance of creating an organizational culture oriented towards clinician engagement and governance.

Keywords: clinical governance, clinician engagement, quality, risk management, board of directors, clinical directorates, organizational culture.

Articolo sottomesso: 13/06/2023,
accettato: 10/07/2023

1. Introduzione al caso

Nel 1998 Scally e Donaldson, con il loro articolo seminale pubblicato sul *British Medical Journal*, definiscono la

clinical governance come “un sistema attraverso cui le organizzazioni sanitarie sono responsabili del continuo miglioramento della qualità dei loro servizi e della salvaguardia di elevati standard di assistenza attraverso la creazione di un ambiente in cui possa svilupparsi l’eccellenza dell’assistenza sanitaria”.

Pur mantenendo focalizzata l’attenzione sul miglioramento della qualità, della sicurezza e degli *outcome* di carattere clinico, i due autori avevano già introdotto la *clinical governance* come una vera e propria filosofia o strategia di gestione delle aziende sanitarie. In questa prima definizione, infatti, il concetto di *clinical governance* si poteva già estendere a un approccio atto a coinvolgere i clinici nelle decisioni relative al governo dell’azienda sanitaria.

Tuttavia, nei primi anni Duemila, il tema è stato assimilato a tematiche limitate “delle quali è diventato un elegante sinonimo” (Grilli, 2014) e che si sono concentrate solo su strumenti e metodi: per esempio, audit clinici, assicurazione della qualità, linee guida, *evidence-based medicine*, *health technology assessment*.

Invece, molto rilevanti erano – e sono tutt’oggi – non solo gli strumenti ma anche le condizioni che permettono di poter raggiungere i risultati in termini di eccellenza dell’assistenza sanitaria. Tali condizioni richiedono una piena presa di responsabilità da parte dei clinici delle aziende sanitarie, un loro coinvolgimento (*clinician engagement*) nelle attività gestionali, così come la costruzione di assetti di *governance* che possano permettere la partecipazione dei professionisti alle scelte aziendali.

Il presente articolo si concentra sull’Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) e Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) Policlini-

co di Sant'Orsola di Bologna (di seguito IRCSS AOU di Bologna), in quanto tra i casi più rilevanti nel SSN italiano di adozione di entrambe le prospettive della *clinical governance*: sia come “governo con i clinici” in termini di definizione di assetti istituzionali e organizzativi che favoriscono in modo sistematico la partecipazione dei clinici alla gestione aziendale, sia come “governo clinico” inteso come strategia per raggiungere il miglioramento continuo della qualità dei servizi e di elevati standard assistenziali, orientati all'eccellenza professionale. A tal fine, il manoscritto analizza i pro-dromi della cultura organizzativa dell'AOU orientata alla partecipazione dei clinici nella gestione aziendale che discende dall'implementazione delle politiche di promozione della *clinical governance* della Regione Emilia-Romagna (RER) e dell'Agenzia dei Servizi Sociosanitari Regionali (ASSR) – oggi servizio Innovazione sanitaria e sociale della RER – nonché dall'istituzione del collegio di direzione come organo delle aziende sanitarie. Successivamente, vengono esplorati i modelli organizzativo-gestionali, i sistemi e gli strumenti manageriali adottati per favorire la *clinical governance*, inclusi il percorso del riesame e l'utilizzo di *project work* e team multidisciplinari. Infine, sono discussi i temi della costruzione di una cultura organizzativa orientata alla partecipazione dei clinici nella *governance* e nella gestione delle aziende sanitarie.

2. L'IRCCS AOU di Bologna: mission, assetto organizzativo, dati strutturali e di attrazione

L'IRCCS AOU di Bologna è un'azienda sanitaria la cui triplice missione di assistenza, ricerca e didattica si integra

nel servizio sanitario nazionale, regionale e locale.

Le finalità principali sono quelle di garantire la risposta ai bisogni di salute mediante: l'erogazione di prestazioni di ricovero e cura di alta specialità; lo sviluppo di progetti di ricerca clinica e traslazionale orientati al miglioramento dello stato di salute della popolazione; il ruolo di formazione delle future classi di specialisti sanitari.

L'AOU di Bologna è stata riconosciuta IRCCS a rilevanza nazionale nel 2020 per le discipline di “assistenza e ricerca nei trapianti e nel paziente critico” e di “gestione medica e chirurgica integrata delle patologie oncologiche”.

La Direzione Aziendale opera collegialmente, perseguendo gli indirizzi di politica sanitaria del Ministero della Salute, della RER e della Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana. Al fine di ottimizzare le funzioni in capo alla direzione strategica, nel 2022 si è ulteriormente rivisto l'assetto della tecnostruttura aziendale, da un lato con la riorganizzazione della direzione sanitaria che ha visto la definizione di tre aree specifiche di competenza (area gestione dei processi sanitari, area igiene ospedaliera, area funzioni di staff trasversali), dall'altro della direzione scientifica attraverso la formalizzazione delle piattaforme di ricerca e la definizione delle strutture in staff e *line* al direttore scientifico.

L'organizzazione aziendale si ispira a criteri di autonomia e delega, sulla base dei quali l'IRCCS AOU di Bologna sviluppa la responsabilizzazione gestionale e professionale nell'ambito di un assetto che consente l'aggregazione di strutture omogenee e la valorizzazione delle specializzazioni. In particolare, l'attività dell'IRCCS AOU di Bologna si realizza e sviluppa attra-

verso i Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), l'organizzazione trasversale per percorsi e per attività omogenee e le linee di ricerca.

L'assetto dipartimentale è articolato su 9 DAI a valenza aziendale organizzati prevalentemente per patologia, per organo-apparato o per disciplina, sebbene negli ultimi anni siano stati creati DAI per cluster di utenti e per momento di intervento:

- DAI Malattie cardio-toraco-vascolari;
- DAI Sperimentale chirurgie generali e specialistiche oncologiche IRCCS presso Ospedale Maggiore;
- DAI Medico-chirurgico delle malattie digestive, epatiche ed endocrino metaboliche;
- DAI Malattie nefro-urologiche;
- DAI Malattie del distretto testa-collo;
- DAI Malattie oncologiche ed ematologiche;
- DAI Ospedale della donna e del bambino;
- DAI della Continuità e dell'integrazione;
- DAI delle Radiologie.

Oltre ai DAI, nell'ottica di una sempre maggiore integrazione in area metropolitana che permetta di migliorare l'efficienza dei processi e valorizzare le competenze, durante l'anno 2022 si è proceduto a concludere la piena realizzazione dei dipartimenti a valenza interaziendale.

Oggi sono pienamente operativi 4 dipartimenti interaziendali, i primi due dei quali (DIGIRI e DIAP) vedono come azienda capofila l'IRCCS AOU di Bologna, mentre gli altri due (DEI e Dipartimento farmaceutico) l'AUSL di Bologna:

- il DAI Interaziendale per la Gestione Integrata del Rischio Infettivo (DIGIRI), che coinvolge tutte le Aziende dell'Area Metropolitana di Bologna;
- il DAI Interaziendale di Anatomia Patologica (DIAP), che coinvolge le AUSL di Bologna e Imola;
- il Dipartimento di Emergenza Interaziendale (DEI), che coinvolge l'IRCCS AOU di Bologna;
- il Dipartimento farmaceutico interaziendale, che coinvolge l'IRCCS AOU di Bologna.

L'IRCCS AOU di Bologna è dotata di un organico di 6.130 unità compresi i ricercatori e i medici universitari, in incremento rispetto al 2021 di 169 unità (+2,84%). Nel 2022 si rileva un incremento del personale afferente al ruolo di ricerca sanitaria (collaboratori professionali di ricerca e ricercatori sanitari passati da 4 unità nel 2021 a 27 unità), conseguentemente alle azioni poste in essere per la creazione dell'infrastruttura per la ricerca.

L'IRCCS AOU di Bologna opera mediante un presidio a gestione diretta; i posti letto gestiti sono 1.320, pari al 9,9% della dotazione complessiva di posti letto delle strutture pubbliche presenti a livello regionale; i posti letto sono in diminuzione rispetto agli anni precedenti sia per l'adeguamento degli standard organizzativo-strutturali alle necessità imposte dalla gestione pandemica ("de-affollo" delle camere dei reparti), sia per l'adeguamento conseguente alle aree da cantierare per il potenziamento dei lavori di realizzazione del piano investimenti aziendale. I posti letto sono articolati nei setting assistenziali riportati nella Fig. 1.

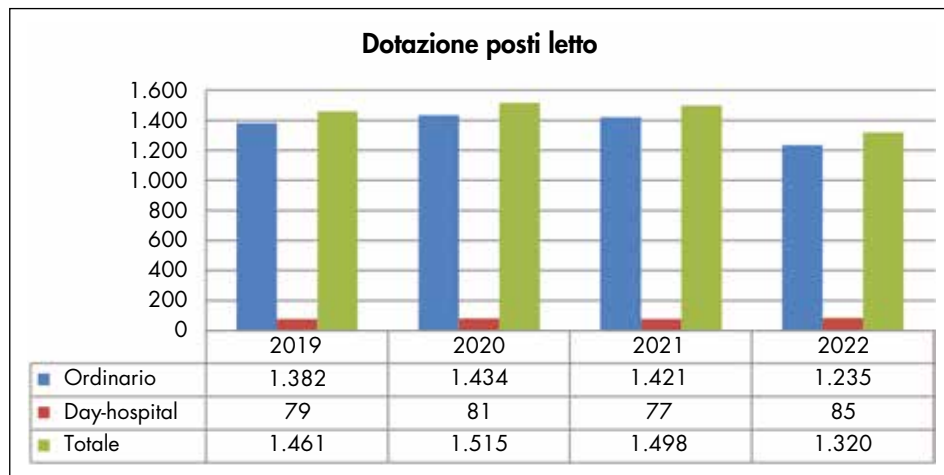


Fig. 1

Distribuzione posti letto per anno e setting assistenziale (2019-2022)

L'IRCCS AOU di Bologna opera sul territorio della RER con una popolazione assistibile pari a 4.344.966 unità nel 2022, di cui 12% in età pediatrica e 88% in età adulta. In ambito provinciale la popolazione è di 998.530 unità distribuite in 55 comuni, con 7 distretti che fanno capo all'AUSL di Bologna. Il 37,2% dei ricoveri di pazienti del territorio di pertinenza dell'AUSL di Bologna è stato ricoverato in IRCCS AOU.

Oltre al territorio provinciale e regionale l'Azienda è centro di attrazione di pazienti provenienti dal territorio nazionale e internazionale: nella Tab. 1 sono riportati i volumi di attività di ricovero per residenza del paziente.

Pur non essendo tornati ai livelli pre-pandemici, nel 2022 sono stati effettuati 54.023 ricoveri (+1.230 rispetto al 2021, +2%), di cui 75% residenti a Bologna (-1%), 11% residenti in regione (+1%) e il restante 14% residente fuori regione (+2%). Il peso medio delle prestazioni sanitarie è aumentato negli anni post-Covid, in particolare per i residenti delle AUSL di Bologna, di Imola e per i pazienti extraregionali.

La quota rilevante di mobilità attiva di pazienti extraprovincia ed extraregionale è correlata agli alti livelli della qualità delle cure e alla presenza di funzioni di alta specialità di rilievo nazionale e regionale.

Tab. 1 – Volumi di ricoveri e peso medio per residenza del paziente (2019-2022)

	2019		2021		2022	
	Dimessi	Peso medio	Dimessi	Peso medio	Dimessi	Peso medio
AUSL BO	44.943	1,18	38.133	1,33	38.166	1,30
AUSL IMOLA	2.156	1,36	2.340	1,51	2.363	1,47
Fuori provincia	6.203	1,80	5.683	1,93	5.972	1,78
Fuori regione	8.290	1,60	6.637	1,87	7.522	1,79
Totale	61.592	1,30	52.793	1,47	54.023	1,43

3. I prodromi della *clinical governance*: i cambiamenti negli assetti istituzionali e nelle politiche sanitarie in RER

Il sistema socio-sanitario della RER, anche attraverso l'ASSR (ora settore Innovazione sanitaria e sociale), ha da sempre adottato un approccio duplice per l'inclusione dei temi della *clinical governance* tra le Aziende sanitarie del proprio territorio: da un lato la creazione di assetti di *governance* aziendali che garantissero la piena partecipazione dei clinici di ogni estrazione professionale, dall'altro la diffusione di politiche sanitarie basate sull'*evidence-based practice* (EBP) e sull'assicurazione della qualità nella programmazione e nella gestione dei servizi sanitari.

Tra le modifiche negli assetti istituzionali aziendali, la principale innovazione della RER – prima tra tutti i Servizi Sanitari Regionali – è stata la promozione del Collegio di direzione a organo (non più mero organismo) delle aziende sanitarie con la L.R. E-R n. 29/2004, affidandogli “compiti di proposta per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi e delle attività di ricerca e innovazione e la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori” (art. 3, comma 3) e indicando “la partecipazione del Collegio di direzione all'elaborazione del programma aziendale di formazione permanente e alla formulazione di proposte in materia di libera professione, ivi compresa l'individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell'attività libero-professionale intramuraria” (art. 3, comma 4). Quest'ultimo comma riporta che saranno gli atti aziendali a stabilire: la composizione del Collegio di direzione, prevedendo la presenza del personale medico convenzionato; le forme

e le modalità delle relazioni tra il Collegio di direzione e gli altri organi dell'Azienda; la composizione e le forme di rappresentanza del Collegio aziendale delle professioni sanitarie.

Tali indicazioni sarebbero poi state sancite dalla DGR n. 86/2006, quale direttiva alle aziende sanitarie per l'adozione dell'atto aziendale, al punto 3.3. Infatti, nel solco di una più ampia partecipazione, l'atto aziendale disciplina la partecipazione di componenti della direzione aziendale, incluse figure infermieristiche e tecnico-sanitarie o riabilitative, cui siano state attribuite responsabilità organizzative di livello aziendale o dipartimentale.

Infine, sempre la DGR n. 86/2006 focalizza il ruolo del Collegio di direzione su temi quali la formazione, la ricerca e lo sviluppo dell'innovazione clinica e organizzativa, nonché la gestione del rischio clinico (in seguito estesa alla gestione integrata del rischio complessivamente inteso).

Tale modifica ha posto le basi sia per un significativo incremento dell'importanza e del coinvolgimento del Collegio di direzione nella *governance* aziendale, sia per un ampliamento della sua composizione, estesa a larga parte dei rappresentanti delle professioni sanitarie. Il Collegio di direzione, come organo dell'Azienda, riveste quindi un ruolo di primo piano nel processo decisionale e non limitato al mero recepimento informativo, avendo assunto carattere consultivo-decisionale.

Nel caso dell'IRCCS AOU di Bologna, il Collegio di direzione comprende, oltre ai membri di diritto (direttori e vicedirettori dei DAI e dei dipartimenti interaziendali), anche il Direttore scientifico, il Direttore Amministrativo, il Direttore Generale, il Diret-

tore UO Politiche del personale e governo delle professioni sanitarie e del personale di supporto, il Direttore dell'UOC di Medicina Legale e gestione integrata del rischio, il Direttore dell'UOC Ricerca e Innovazione, il Direttore dell'unico Dipartimento dell'Università di Bologna.

Per quanto riguarda il secondo approccio, relativo alla diffusione di politiche sanitarie della RER orientate al miglioramento della qualità e dell'eccellenza clinica, l'IRCCS AOU di Bologna è stata una delle prime fucine di lavoro su questi temi.

Tra le prime esperienze, la RER è stata antesignana nell'assistenza domiciliare oncologica, coinvolgendo non solo i medici, ma anche gli infermieri e le altre professioni sanitarie, ben prima della promulgazione delle Leggi Nazionali n. 42/99 e n. 251/2000 relative alla promozione dell'autonomia gestionale delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e ostetrica. Inoltre, fin dal 2007 è stato istituito il risk management aziendale ed è stato sviluppato un sistema integrato di buone pratiche sulla sicurezza delle cure.

La quasi totalità dei mandati aziendali deriva tutt'oggi da impulsi che provengono dalla RER, che utilizza e trasmette l'importanza del meccanismo dei tavoli di lavoro multidisciplinari e multiprofessionali anche a livello sovra-aziendale.

4. Sistemi e strumenti manageriali per favorire la *clinical governance* nell'IRCCS AOU di Bologna

I sistemi per favorire la *clinical governance* all'interno dell'IRCCS AOU di Bologna non si sono basati unicamen-

te sulla trasposizione di metodi di EBP e di tecniche per raggiungere l'eccellenza clinica, ma sono stati adottati strumenti che vedono – nella partecipazione e nella responsabilizzazione di diverse figure professionali (sia medici di vari livelli gerarchici sia esponenti delle professioni sanitarie) – il catalizzatore per raggiungere obiettivi di miglioramento clinici, assistenziali e organizzativi.

Diversi sono i sistemi e gli strumenti manageriali che l'IRCCS AOU ha adottato per favorire la partecipazione dei clinici e la *governance*; il loro funzionamento e applicazione è possibile grazie alle attività svolte in modo congiunto e continuativo da alcune delle tecnostrutture della direzione generale e della direzione sanitaria, tra le quali: la Struttura Semplice (SS) Governo Clinico e qualità, l'Unità Operativa Complessa (UOC) Direzione Operativa, l'UOC di Medicina Legale e gestione integrata del rischio, l'UOC Controllo di Gestione aziendale. Tali strutture (insieme ad altre), fungono da *trait d'union* fra la Direzione strategica e la linea intermedia aziendale; in particolare, per sviluppare tale ruolo di indirizzo e di collante, ogni settimana si tiene la riunione dello staff di Direzione Generale con tutti i membri della Direzione strategica e la riunione dello staff di Direzione Sanitaria con tutti i referenti della specifica Direzione, durante le quali sono riportati i risultati ottenuti dalle attività svolte e dai progetti.

L'incontro degli staff di Direzione Generale, una volta al mese, è allargato ai Direttori di Dipartimento.

Gli strumenti e le tecniche utilizzate si fondano, nella maggior parte dei casi, sull'introduzione di sistemi di project management e di collaborazione in

team multidisciplinari e multiprofessionali, che affrontano spesso questioni o progetti specifici e promuovono un approccio collaborativo nella gestione delle attività.

Tra i più rilevanti metodi di coinvolgimento e di partecipazione alla *governance* vi sono:

- 1) la definizione di reti interne e di figure con responsabilità sui processi clinici e organizzativi;
- 2) i sistemi di pianificazione, di programmazione e di controllo, anche attraverso il percorso del riesame;
- 3) i sistemi di qualità e di risk management;
- 4) la definizione e l'implementazione di progetti di ottimizzazione organizzativa e logistica;
- 5) creazione di board o di organismi non previsti dalla legge.

1) Reti interne e referenti

Per quanto concerne il primo punto sulla definizione delle reti interne e dei referenti per processi clinici e organizzativi, alcuni importanti ruoli si trovano all'interno dei DAI. In particolare:

- a) **referenti di Dipartimento**, con principali compiti quali affiancare e supportare il Direttore del Dipartimento nell'ideazione, definizione e realizzazione di percorsi di miglioramento e nella progettazione e sviluppo di nuove attività e modelli assistenziali, nonché nel promuovere l'implementazione delle strategie di governo clinico e di pianificazione e programmazione dell'attività dipartimentale; facilitare la relazione organizzativa fra la Direzione aziendale e i Dipartimenti; promuovere un approccio

di lavoro multidisciplinare attraverso lo sviluppo di costanti sinergie con il referente dell'area dipartimentale della Direzione Assistenziale e con le altre strutture di Staff della Direzione Aziendale;

- b) **referenti della qualità e del governo clinico**, che si trovano sia a livello di UO, sia a livello di DAI e che hanno una funzione di interfaccia tra i Direttori di UO e il Direttore di Dipartimento, oltre ad avere contatti continuativi con le tecnostrutture delle direzioni centrali;
- c) **referenti del risk management**, che fungono da facilitatori per l'implementazione degli strumenti per favorire la sicurezza delle cure;
- d) **animatori della formazione**, i quali raccolgono le esigenze formative, organizzano i corsi di formazione, creano un'interfaccia con i servizi centrali e con i membri del Collegio di direzione;
- e) **facilitatori della ricerca**, attivati di recente.

I referenti possono essere sia medici sia altri professionisti sanitari poiché il principio di fondo è quello della "cooptazione bottom-up" alla ricerca dei professionisti più motivati per svolgere lo specifico incarico. La leva motivazionale risulta, quindi, fondamentale per dare espressione alle proprie capacità e volontà di leadership.

2) Sistemi di pianificazione, programmazione e controllo

In secondo luogo, la partecipazione dei clinici riguarda il processo di pianificazione strategica e di programmazione che – pur mantenendosi ancorato alle normative relative alla definizione dei piani della performan-

ce e, oggi, PIAO – coinvolge direttamente i Direttori di Dipartimento. Questi ultimi, attraverso il Collegio di direzione, rivestono un ruolo rilevante nei seguenti processi: l'elaborazione delle più ampie strategie aziendali; la definizione dei piani di acquisizione delle nuove tecnologie cliniche o digitali; la deliberazione delle politiche di sviluppo professionale e di formazione aziendale.

Dal punto di vista della programmazione e controllo, i Direttori di Dipartimento e di UO partecipano alla declinazione degli obiettivi di budget e sono previsti due momenti di confronto interni al dipartimento, cui sono invitati rappresentanti dei servizi afferenti alla Tecnostruttura aziendale e, in alcuni casi, anche le Direzioni. In questi incontri viene comunicata la rendicontazione dei volumi di attività e dei costi, al fine di discutere i target raggiunti o gli scostamenti generati in due periodi dell'anno: a giugno per i primi 5 mesi dell'anno e a gennaio per i 12 mesi dell'anno precedente.

Strettamente collegato a tali momenti di controllo, uno degli strumenti e dei processi più interessanti introdotti dall'azienda è relativo al **percorso del riesame**, che avviene appunto con periodicità semestrale e si sostanzia in una valutazione *in itinere* e una restituzione dei risultati intermedi ai professionisti del dipartimento da parte della SS Governo Clinico e Qualità con il supporto del Controllo di Gestione. La struttura degli obiettivi di budget è articolata in obiettivi di unità operativa (di *équipe*) e obiettivi individuali che sono attribuiti dal direttore della UO al personale della dirigenza o dal responsabile di progetto al personale del comparto; questi ultimi sono denominati "obiettivi specifici diffe-

renziati" e sono accompagnati da uno specifico sistema incentivante. Gli obiettivi di budget riguardano ambiti di miglioramento o riassetto organizzativi e assistenziali aziendali e interaziendali, performance cliniche o relative a processi qualitativi. Una parte degli obiettivi di budget dell'UO (mediamente 3-4 obiettivi) è affidata a ciascun professionista, così responsabilizzato su modalità e tempi di realizzazione dell'obiettivo. Il professionista è indicato direttamente dal Direttore di UO che, insieme al referente di direzione sanitaria, inserisce l'obiettivo specifico differenziato nella scheda budget (o scheda progetto per il comparto) e utilizza l'incentivazione economica per graduarlo a seconda di complessità e impegno.

Il processo di programmazione e controllo è articolato su tre livelli: aziendale, di unità operativa e individuale. L'Azienda ha modulato un modello organizzativo utile a garantire che il sistema di individuazione e di declinazione degli obiettivi, il monitoraggio e le azioni correttive in corso d'anno siano gestiti con un modello "a cascata" attraverso la Tecnostruttura, il Collegio di Direzione, i Direttori di UO e i referenti di obiettivo.

3) Qualità e risk management

Il terzo punto riguarda il ruolo della qualità e del risk management nell'IRCCS AOU di Bologna.

Particolarmente rilevante è il processo di costruzione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA), che vedono una rilevante partecipazione ai tavoli di lavoro dei professionisti, oltre al direttore DAI e alla direzione sanitaria. Quando non provengono da un chiaro mandato regionale, non è raro che la definizione di tali

PDTA sia proposta alla tecnostruttura direttamente dai professionisti che ambiscono a ottenere certificazioni o accreditamenti d'eccellenza e prevedono l'assunzione di responsabilità da parte del responsabile di programma o di procedura.

Oltre ai dati necessari per il percorso del riesame, è prodotto un cruscotto con indicatori di monitoraggio necessari per valutare l'appropriatezza, la complessità, la produzione e la qualità dei servizi erogati. Il cruscotto è basato sugli indicatori previsti a livello nazionale (Piano Nazionale Esiti), regionale (Sistema Informativo Sanitario Regionale) e aziendale; tali dati sono valutati dalla Direzione Sanitaria e poi analizzati e restituiti ai tavoli di lavoro per valutare eventuali scostamenti da quanto programmato.

Uno strumento particolarmente utilizzato è il sistema informatizzato di segnalazione degli eventi avversi, che permette ai professionisti sanitari: di segnalare tempestivamente gli incidenti e i *near miss*, con la presa in carico dal risk management – spesso in tempo reale – e la conseguente analisi delle cause sia a livello del singolo avvenimento sia sulle ripercussioni aziendali; di definire le soluzioni implementabili per risolvere la problematica e prevenirne la ripetizione in futuro.

4) Ottimizzazione dei processi clinici, assistenziali e logistici attraverso l'operations management

Nel 2022 è stata creata la UOC Direzione Operativa che ha focalizzato inizialmente i propri interventi sulla gestione delle attività chirurgiche e sul recupero delle liste d'attesa e della casistica a seguito della pandemia da Covid-19.

L'ottimizzazione dei processi richiede un forte coinvolgimento dei professionisti che lavorano lungo i percorsi dei pazienti; in questo caso, per rafforzare la partecipazione, sono stati istituiti dei nuclei strategici e nuclei operativi di programmazione chirurgica che discutono la riprogettazione del ricovero (con il supporto della SS Governo Clinico e qualità), gli indicatori di performance del processo e delle sale operatorie, la distribuzione degli slot operatori. Inoltre, sono stati previsti momenti formativi mensili con un corso di formazione sulle tematiche di *operations e lean management*, aperto a tutti i professionisti e sponsorizzato inizialmente su tre specialità.

Oggi il lavoro della Direzione Operativa si sta concentrando sulla revisione del percorso del paziente fragile e sull'istituzione di nuclei di ricovero che lavorino anche sull'efficienza del processo di ricovero.

L'inclusione delle professioni sanitarie è fondamentale per migliorare i processi logistico-organizzativi e assistenziali, oltre a essere un meccanismo per garantire una equa distribuzione di responsabilità e di impegno su questi ambiti tra medici e altre professioni.

5) Creazione di board aziendali

L'ultimo strumento individuato è relativo alla creazione di board/organismi non previsti dalla legge. Tra questi, il "Board progetti di innovazione e sviluppo", che supporta la direzione generale nella definizione e accompagnamento a progetti innovativi ed è coordinato da due figure: da un lato, l'ingegneria clinica per la strumentazione e, dall'altro, il supporto alla pianificazione strategica e il supporto organizzativo per le innovazioni che possono riguardare il modello

organizzativo (per esempio, la riorganizzazione della rete ematologica).

L'IRCCS AOU di Bologna ha creato nel tempo ulteriori board per gestire particolari progetti di innovazione, di gestione dei processi clinici e/o organizzativi, quali il board di telemedicina, il comitato ospedale-territorio senza dolore ecc. oltre a tutti gli organi e organismi previsti dalle leggi e dalle normative.

5. La creazione di una cultura organizzativa orientata alla partecipazione e al governo dei clinici

L'IRCCS AOU di Bologna nel corso degli anni ha sviluppato una cultura organizzativa – intesa come un insieme condiviso di valori di base, di modi di vedere e comportamenti – che favorisce la partecipazione e il governo dei clinici.

Per accrescere la fiducia e il senso di appartenenza all'azienda, sono stati utilizzati nel corso del tempo diversi meccanismi riconosciuti in letteratura (Grilli *et al.* 2016):

- massima trasparenza su tutte le informazioni prodotte dalle strutture dell'azienda tramite intranet, notizie del portale, servizio “Informa tutti” tramite e-mail; in particolare, molto rilevante è la possibilità di accedere sul portale aziendale intranet a tutti i report con i dati di performance delle UO aziendali; di consultare le schede di budget e il reporting di monitoraggio; di verificare tutte le informative prodotte dall'azienda come quelle relative alla carenza del farmaco. I referenti di tutti i tavoli di lavoro aperti dall'AOU si occupano di raccogliere anch'essi specifici dati sui propri progetti

attraverso, per esempio, questionari e di curare la trasmissione dei flussi;

- pubblicazione sul sito web aziendale della programmazione strategica (Piano performance, Piano integrato di attività e organizzazione, Bilancio preventivo) e della relativa rendicontazione istituzionale (Relazione sulla performance, Bilancio consuntivo, Sistema premiante);
- apertura all'accoglienza delle istanze dei singoli all'interno di organismi previsti dalla legge, quali l'organismo paritetico, il comitato unico di garanzia ecc.;
- sviluppo di pratiche per migliorare il clima organizzativo e l'appartenenza all'azienda, quali sconti per mobilità sostenibile, creazione di un asilo nido aziendale, convenzioni, proposte per assistenza familiari anziani e disabili ecc.;
- proposte formative per aumentare la capacità di essere propositivi o di riorganizzare il proprio apporto in funzione delle necessità dell'utenza, quali: una “palestra” per far apprendere a infermieri ricollocati come comunicare (anche via e-mail) con i pazienti e i caregiver su temi critici come, per esempio, le liste d'attesa; corsi di *project management* per la gestione del PNRR all'interno del board progetti di innovazione e sviluppo; corsi su presa in carico del cittadino; corsi per migliorare il *team building*.

Dal punto di vista del comportamento dei singoli individui, l'ambiente aziendale che si è creato rende orgogliosi di partecipare alle attività di miglioramento proposte dall'IRCCS AOU anche se ciò richiede un impegno orario superiore a quanto previsto contrattualmente. Per esempio, i tavoli di

lavoro vengono generalmente gestiti di pomeriggio in orario extralavorativo, sebbene vi sia l'intenzione di promuovere l'accREDITamento ECM di alcune di queste attività.

Le problematiche relazionali o di conflitti interpersonali non hanno mai costituito una limitazione a questo modello di partecipazione inclusiva e, molto spesso, le frizioni che si sono create sono state prontamente superate.

6. Conclusioni

A partire dalla scintilla innescata dalle modificazioni istituzionali e dalle nuove politiche sanitarie proposte dalla fine degli anni Novanta dalla RER, l'IRCCS AOU di Bologna ha sviluppato dei sistemi gestionali e una cultura organizzativa che hanno fin dall'inizio favorito la partecipazione e il governo dei clinici, ponendosi l'obiettivo di stimolare l'eccellenza professionale e di migliorare continuamente la qualità dei servizi.

Gli sforzi dell'IRCCS AOU di Bologna si sono concentrati sulla costruzione di assetti di *governance* e organizzativi che coinvolgono in modo sistematico e significativo non solo i medici ma anche le professioni sanitarie a diversi livelli aziendali. Da un lato, il collegio di direzione gioca un ruolo chiave nel coinvolgimento dei clinici nelle decisioni aziendali. Dall'altro, particolarmente rilevante è la partecipazione dei professionisti dei DAI e delle UO, grazie anche all'istituzione di ruoli di integrazione; in particolare, i referenti della qualità e del governo clinico, i referenti del risk management, gli animatori della formazione e della ricerca favoriscono la condivisione delle informazioni per gli ambiti di competenza e la collabo-

razione all'interno del DAI e con le Direzioni aziendali. In questo modello, le tecnostrutture centrali svolgono un ruolo di supporto, facilitando il processo decisionale e promuovendo l'adozione delle migliori pratiche EBM, organizzative e gestionali.

La creazione di una cultura organizzativa orientata all'*engagement* dei clinici è stata supportata non solo dalla definizione e interiorizzazione nel tempo di sistemi e strumenti gestionali integrati per il miglioramento delle attività cliniche, assistenziali, organizzative e dal lavoro per processi trasversali, ma anche da meccanismi che nutrono il senso di appartenenza all'azienda.

La trasparenza è una delle caratteristiche che migliora la partecipazione dei clinici e non rende il sistema conflittuale; essa è rilevante soprattutto in due casi: 1) nelle informazioni e nei dati, discussi in diversi momenti dell'anno e sempre accessibili tramite intranet; 2) nella cooptazione dei professionisti nei ruoli di interfaccia e responsabilità su obiettivi, spesso anche su proposta individuale o del direttore di livello superiore.

Elemento interessante da sottolineare è che l'elevato livello di coinvolgimento dei clinici nella gestione – sia attraverso il Collegio di Direzione sia nella comune pratica aziendale – rende superabile il ruolo del Consiglio dei Sanitari, sia in prospettiva legislativa sia come sta avvenendo per prassi in molte aziende sanitarie (De Pietro e Prenestini, 2008). Ciò in quanto la partecipazione dei clinici è divenuta una forma continuativa di coinvolgimento proattivo e bottom-up per il miglioramento dei processi clinici e organizzativi.

Uno dei punti di debolezza che potrebbe manifestarsi in futuro, in

particolare se persiste il continuo *shortage* di professionisti sanitari, è relativo all'elevato numero di tavoli e di gruppi di lavoro attivati dall'Azienda che richiedono ai professionisti un ulteriore rilevante impegno lavorativo oltre alle attività cliniche e/o gestionali e organizzative consuete; ciò anche in funzione della limitatezza delle risorse umane assegnate alle tecnostutture centrali che si occupano di seguire i progetti di miglioramento proposti dai professionisti. A tal fine, sarebbe rilevante effettuare una mappatura di tutti i progetti attualmente portati avanti dai gruppi di lavoro dell'IRCCS AOU per verificare le possibili integrazioni e le finalizzazioni sugli obiettivi comuni, che riducano il numero totale di fronti

manageriali aperti. Tuttavia, tale proposito si potrebbe infrangere contro le richieste RER di apertura di nuovi ambiti d'azione sulla *clinical governance* alle Aziende sanitarie.

In conclusione, dopo oltre un quarto di secolo di politiche sanitarie e di attività volte a implementare la *clinical governance*, l'IRCCS AOU di Bologna rappresenta un esempio di successo per la sua capacità di applicarla nell'accezione più ampia. Tale esperienza può fornire spunti utili per altre Aziende sanitarie che desiderino promuovere la *clinical governance* non solo attraverso l'introduzione di tecniche e strumenti EBP, ma coinvolgendo attivamente i clinici nei processi decisionali.

BIBLIOGRAFIA

De Pietro C., Prenestini A. (2008). Governance professionale nelle aziende sanitarie pubbliche: il ruolo del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari. In: Anessi-Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Laziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2008*, 301-326. Milano: Egea.

Grilli R. (a cura di) (2014). *Le Organizzazioni Sanitarie – Collana di contributi per il governo clinico*. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore.

Grilli R., Agati R., Ferro S., Finelli C., Fusconi M.,

Gaggioli A., Gubellini M., Merighi A., Nicastro O., Perrone A., Pianori D., Prenestini A. (2016). Aspetti rilevanti per la partecipazione dei professionisti alla governance. Una preliminare analisi empirica delle opinioni dei medici, *Politiche sanitarie*, 17(1): 21-33.

Scally G., Donaldson L.J. (1998). The NHS's 50 anniversary. Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England. *BMJ*, Jul 4, 317(7150): 61-65. DOI: 10.1136/bmj.317.7150.61.