

12 Gli ospedali per intensità di cura in Toscana: un'esperienza in corso

di Carlo De Pietro, Claudio Benvenuti e Marco Sartirana¹

12.1 Oggetto e obiettivi

L'ospedale negli ultimi anni ha vissuto importanti cambiamenti, che ne hanno modificato in profondità le scelte organizzative (McKee e Healy, 2002; Carbone et al., 2006; Gardini, 2007; Bensa et al., 2008; Lega et al., 2010). Tra queste, una prospettiva rilevante è quella dell'organizzazione basata sull'intensità di cura, su cui anche in Italia si è sviluppata negli anni recenti una cospicua letteratura e un vivo di dibattito (cfr. ad esempio Lega e De Pietro, 2005; Orlandi et al., 2006; Lamanna, 2007; Nicosia, 2008).

Le espressioni «intensità di cura» o «intensità assistenziale» sono quelle maggiormente utilizzate per mettere in evidenza i bisogni del paziente (e non solo la patologia da cui è affetto) quale elemento su cui disegnare l'organizzazione ospedaliera, definire i percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA), organizzare gli spazi fisici e le loro dotazioni tecniche, ecc. Nel presente capitolo useremo le due espressioni come equivalenti, tralasciando dunque alcune distinzioni presenti nella letteratura scientifica e professionale. In particolare, l'espressione intensità *assistenziale* nella tradizione sanitaria italiana evoca il lavoro delle professioni sanitarie ex L. 42/1999 e, in primo luogo, della professione infermieristica². Dunque l'espressione «intensità assistenziale» sottolinea come i bisogni, non solo quelli prettamente clinici, del paziente, diventino l'elemento su cui basare l'organizzazione ospedaliera, integrando così progressivamente la tradizionale domi-

¹ Il capitolo è frutto di un lavoro comune di ricerca e riflessione. I §§ 12.1, 12.4.1e 12.5 sono in ogni caso da attribuire a Carlo De Pietro; il § 12.4.3 a Claudio Benvenuti; i §§ 12.2, 12.3 e 12.4.2 a Marco Sartirana. I casi aziendali sono stati realizzati grazie alla generosa disponibilità di Tania Barbi, Francesca Bellini, Massimiliano Biagini, Cristina Buriani, Carlo Cappelletti, Adele Carli Ballola, Simionetta Chiappi, Renato Colombai, Paolo Conti, Simona Gensini, Marina Gilardetti, Giancarlo Landini, Carol Maddaluni, Fausto Mariotti, Franca Martelli, Maria Teresa Mechi, Lorian Meini, Grazia Monti, Silvana Pilia, Beatrice Pisani, Pierluigi Tosi.

² In tal senso il termine *assistenziale* è usualmente tenuto distinto da quello *clinico*, in Italia in genere associato al campo della pratica medica.

nanza organizzativa del sapere medico e quindi delle specialità cliniche nella definizione della struttura organizzativa (Lega, 2005; Silvestro, 2008).

Questo focus sul bisogno assistenziale, che diventa elemento determinante così come tradizionalmente lo era l'afferenza clinica (basata sulla patologia e dunque sulla specialità medico-chirurgica), risulta evidente quando si considerino almeno tre aspetti:

- ▶ l'aumento dell'età media dei pazienti e la riduzione dell'incidenza di malattie infettive e traumatismi rendono sempre meno frequente il caso di un paziente i cui bisogni clinici si riferiscano in modo evidente a un'unica specialità medico-chirurgica. Al contrario, è sempre più frequente il caso di pazienti polipatologici, per i quali è difficile evidenziare con chiarezza un'afferenza clinica predominante, e che comunque necessitano dei servizi e delle consulenze di numerosi medici, appartenenti a diverse discipline;
- ▶ l'importante riduzione dei posti letto, ancora in corso in tanti ospedali, rende sempre meno realistica una struttura organizzativa basata sulle singole specialità cliniche, che si troverebbero altrimenti a gestire numeri assai limitati di letti;
- ▶ la crescente specializzazione professionale e tecnologica, con l'emergere di sub-specialità che si percepiscono come distinte, mostra i limiti di una struttura organizzativa basata su reparti mono-specialistici, destinata a confrontarsi con difficoltà crescenti per integrare la frammentazione e per recuperare economie di scala e di conoscenza.

D'altro canto, se queste sono alcune delle ragioni che spingono a cercare modelli alternativi di organizzazione ospedaliera, altri elementi rendono possibile tale evoluzione. Ci riferiamo, tra gli altri:

- ▶ all'evoluzione tecnica, manageriale e culturale delle cosiddette professioni dell'assistenza ex L. 42/1999, che implica la necessità di nuove formule organizzative capaci di valorizzare le competenze di tali professioni;
- ▶ alle possibilità offerte dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, che permettono nuove modalità di lavoro, di coordinamento tra professionisti, di assistenza al paziente, ecc.

La natura recente dell'organizzazione basata sull'intensità di cura negli ospedali pubblici italiani rende ancora limitata l'evidenza della loro efficacia. Tali limiti sono rafforzati dalle ampie differenze terminologiche e sostanziali tuttora presenti rispetto al tema della nuova organizzazione ospedaliera, che ostacolano lo sviluppo di un corpo comune di conoscenze condivise e dunque l'analisi di tali evoluzioni³. Ciò detto, il monitoraggio delle esperienze in corso risulta certa-

³ Per una rassegna di alcune esperienze aziendali italiane molto diverse tra loro ma che affermano di rifarsi concetto d'intensità di cura cfr. Bensa et al. (2008: 356).

mente d'interesse, e consente di evidenziare comuni esigenze di fondo, così come alcune logiche condivise nelle diverse realtà organizzative.

Gli obiettivi del presente capitolo sono i seguenti:

- ▶ descrivere il ruolo della regolamentazione regionale toscana nel promuovere il superamento dell'organizzazione basata sui reparti monospecialistici e la ricerca di nuove configurazioni organizzative;
- ▶ approfondire tre casi aziendali guardando ai principi di fondo adottati, alle soluzioni definite e alla terminologia utilizzata per la nuova organizzazione;
- ▶ analizzare i ruoli chiave della nuova organizzazione (sia le modifiche dei ruoli preesistenti, sia i ruoli definiti *ex novo*), con un'attenzione particolare al personale assistenziale e ai suoi rapporti coi medici;
- ▶ descrivere i meccanismi di micro-organizzazione e i cambiamenti negli strumenti operativi che hanno accompagnato l'introduzione del nuovo modello organizzativo;
- ▶ identificare i fattori facilitanti il cambiamento e descrivere gli eventuali percorsi di formazione che hanno accompagnato lo sviluppo organizzativo e l'assunzione di ruolo da parte delle persone coinvolte;
- ▶ presentare alcune prime percezioni di medici e infermieri circa l'impatto clinico-assistenziale del nuovo modello organizzativo e circa le criticità ancora aperte.

Rispetto a un dibattito che è stato dominato da analisi complessive circa le trasformazioni dell'assistenza ospedaliera e la definizione di indicazioni per la progettazione organizzativa dei nuovi ospedali (cioè «quale nuova organizzazione vogliamo e perché»), il capitolo propone un'analisi micro-organizzativa di tipo positivo (cioè «cosa è stato realmente fatto, come e perché»).

Il capitolo si articola come segue: il § 12.2 descrive la metodologia seguita per la ricerca; il paragrafo 12.3 ricorda obiettivi e strumenti definiti dalla Regione Toscana per promuovere e accompagnare tale cambiamento; il § 12.4 descrive e confronta le soluzioni organizzative definite in tre aziende sanitarie pubbliche del Servizio Sanitario Regionale (SSR) toscano; il § 12.5 infine propone alcune considerazioni conclusive.

12.2 Metodologia

In preparazione all'analisi empirica è stata realizzata una revisione sistematica della letteratura italiana sul tema dell'ospedale per intensità di cura e dell'impatto delle innovazioni organizzative sulle modalità assistenziali. In particolare, sono stati analizzati tutti gli articoli pubblicati dal 2004 al 2010 sulle seguenti riviste: Assistenza Infermieristica e Ricerca, Management Infermieristico, Mecosan, Mon-

do Sanitario, Organizzazione Sanitaria, Politiche Sanitarie, Sanità Pubblica e Privata⁴. A ciò si è aggiunta una rassegna delle principali pubblicazioni sull'evoluzione organizzativa degli ospedali, nonché sugli atti di convegni e sulla letteratura grigia predisposta in materia da agenzie sanitarie regionali, Agenas e aziende.

Si è quindi proceduto all'analisi dei tre casi studio. La scelta di concentrarsi sull'esperienza toscana è stata motivata dal fatto che è questa la Regione che, per prima, ha inserito il modello di ospedale per intensità di cura negli obiettivi di programmazione per l'intera rete ospedaliera regionale, identificando un modello applicativo di riferimento. Pertanto sono numerose le aziende in cui la riorganizzazione – che, pur seguendo un comune approccio, presenta varianti generate dall'autonomia gestionale – è già completata o quantomeno a uno stato avanzato.

Nella selezione dei casi studio sono state anzitutto prescelte aziende che mostrassero un adeguato livello d'implementazione del modello ma che manifestassero differenze significative in termini di caratteristiche aziendali o del contesto di riferimento⁵. In particolare:

- ▶ l'AUSL 9 di Grosseto, appartenente all'Area Vasta Sud-Est, con sede decentrata rispetto al capoluogo regionale, ha di recente rivisto buona parte dei propri sistemi operativi per adattarli alla nuova organizzazione basata sull'intensità di cura. Inoltre, la nuova direzione strategica dell'ospedale ha posto il progetto di riorganizzazione al centro delle proprie priorità gestionali, forte di un'elaborazione concettuale e di un'esperienza operativa già acquisita in passato in altre aziende⁶. Ciò fa sì che sia l'azienda con la maggiore conoscenza del modello organizzativo basato sull'intensità di cura, come rilevato dal sistema di valutazione del SSR gestito dal Laboratorio MeS della scuola superiore Sant'Anna di Pisa;
- ▶ l'AUSL 10 di Firenze, anche denominata ASF (Azienda Sanitaria di Firenze), è un'azienda di notevoli dimensioni (6.500 dipendenti circa) che gestisce più ospedali dotati d'infrastrutture non recenti e storicamente caratterizzati da ampia autonomia. L'azienda inoltre ha deciso di fare del modello per intensità di cura uno degli elementi costitutivi di una più ampia strategia di riorganizzazione secondo i principi del Lean Management (Jones e Mitchell, 2006), e ha adottato un approccio che per molti versi si discosta da quello seguito nelle altre aziende;
- ▶ l'AUSL 11 di Empoli, che presenta ottime valutazioni in termini di performance all'interno del SSR, è un'azienda in cui l'organizzazione per intensità

⁴ Per le testate Management Infermieristico, Organizzazione Sanitaria e Mondo Sanitario sono stati considerati anche gli articoli pubblicati, rispettivamente, dal 2000, 1994 e 2000.

⁵ Si è preferito limitare l'analisi comparativa alle AUSL, senza introdurre nel campione AO o AOU, in quanto, in virtù delle dimensioni ospedaliere significativamente maggiori, avrebbero reso più difficile un'analisi comparata con le AUSL.

⁶ Il direttore generale dell'Azienda è peraltro coautore del testo di Rosini et al. (2010).

di cura è stata implementata in concomitanza con l'apertura del nuovo ospedale di Empoli, caratterizzato da un *layout* organizzativo e tecnologico moderno. Inoltre l'azienda, grazie all'attività della sua Agenzia per la formazione, rappresenta un centro di riferimento – anche interregionale – per la formazione di base e post-base delle professioni sanitarie, che rappresentano un elemento fondamentale dei progetti di riorganizzazione per intensità di cura.

L'indagine dei casi studio è stata realizzata tramite:

- ▶ analisi dei siti internet e della documentazione organizzativa aziendale;
- ▶ diciannove interviste semi-strutturate, individuali o di gruppo, della durata media di 45 minuti⁷. Per ogni azienda sono stati intervistati rappresentanti di: Direzione Aziendale, Direzioni di Dipartimento, Direzioni di Unità Operativa, Posizioni Organizzative infermieristiche, Coordinatori infermieristici, nonché altre professionalità rilevanti (es. *operation manager*).

12.3 Lo sviluppo del modello per intensità di cura in Toscana

A partire dal 2000 la Regione Toscana ha avviato un processo di ripensamento del ruolo dell'ospedale: da fulcro su cui si era sempre incentrata l'erogazione dell'assistenza sanitaria esso sarebbe dovuto diventare «una risorsa estrema – da usare solo quando è indispensabile e per il tempo strettamente necessario»⁸, organizzata ponendo al centro il paziente e i suoi bisogni d'assistenza. Nella successiva L.R. 40/2005, che ancora oggi costituisce il riferimento per l'organizzazione del SSR, si esprimeva l'auspicio di una «strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica», e l'«individuazione per ciascuna area ospedaliera [così definita] di distinte responsabilità gestionali sul versante clinico-assistenziale ed infermieristico e di supporto ospedaliero» (art. 68). Tali indicazioni, originariamente previste per gli ospedali di nuova costruzione⁹, sono state estese dal PSR 2008-2010 all'intera rete ospedaliera regionale¹⁰.

⁷ Nelle due prime aziende oggetto di rilevazione le interviste sono state svolte da tutti gli autori (CDP, CB, MS), trascrivendo e integrando i rispettivi resoconti. La terza rilevazione – basata su una metodologia di analisi oramai consolidata – è stata invece realizzata da uno solo degli autori (CDP).

⁸ D.C.R. 31/2003. A riguardo si vedano anche i Piani Sanitari Regionali (PSR) 2002-2004 e 2005-2007.

⁹ Si trattava degli ospedali delle Apuane, di Lucca, Pistoia e Prato.

¹⁰ Il PSR dedica al tema il punto «4.4.2 Graduare l'Ospedale per intensità di cura», dove si ricorda l'intenzione di porre «le basi per favorire un approccio multidisciplinare, centrato sul malato, e per superare una visione “d'organo”, che il reparto monodisciplinare tende ad esprimere. Attraverso la realizzazione di moduli/aree di ricovero “aperte e variabili”, graduati per intensità di biso-

Si deve anzitutto notare, da un lato, che l'organizzazione per intensità di cura è solo uno degli elementi innovativi citati nei documenti legislativi, anche se nei fatti viene ad identificarsi con l'idea del «nuovo modello di ospedale». D'altro canto, che la previsione normativa lascia ampia autonomia alle aziende nel definirne le concrete modalità di adozione.

Elemento cardine del modello è l'identificazione di tre livelli di cura ospedalieri:

- ▶ livello 1, che comprende la terapia intensiva e sub intensiva, e che dovrebbe accorpate le diverse unità intensive cardiologiche, respiratorie, ecc.;
- ▶ livello 2, in cui confluisce la maggior parte della casistica, che comprende le attività di ricovero ordinario e a ciclo breve, ed è suddiviso in un'area medica ed una chirurgica ulteriormente articolate sulla base dell'intensità assistenziale, della complessità, della patologia o della specializzazione professionale;
- ▶ livello 3, che comprende la cura delle post-acuzie (o *low care*) la cui gestione è sostanzialmente trasferita alla rete assistenziale dei servizi sociosanitari territoriali.

Il modello prevede inoltre la separazione tra le aree dedicate alle attività di ricovero e quelle dedicate alle attività ambulatoriali diurne. Inoltre al pronto soccorso è assegnato il ruolo, estremamente rilevante, di filtro nell'invio dei pazienti alle aree di degenza. Nelle aree di degenza il «contenitore organizzativo» che sostituisce il vecchio reparto specialistico è l'area funzionale. Ad essa sono assegnati i posti letto e le risorse fisiche e tecnologiche, la cui responsabilità è in capo ad un coordinatore infermieristico. Ogni area funzionale è a sua volta composta da più *setting*, unità composte da un numero di posti letto che ne consenta la gestione da parte di un *team* infermieristico che riporta ad un coordinatore. In tale contesto l'«unità operativa» mantiene sì un ruolo centrale, ma in quanto équipe specialistica di natura professionale, a cui come regola generale non sono

—
 gno assistenziale, sarà possibile superare le criticità, frequentemente riscontrabili in ospedale, legate alla gestione del posto letto. Il superamento del concetto di reparto non significa però sminuire o peggio rinunciare al ruolo delle équipes specialistiche. Al contrario, non dovendo necessariamente «costituire uno specifico reparto», si rende più facile il superamento, specie negli ospedali medio-piccoli, del principale ostacolo alla costituzione di poli specialistici cui affidare, secondo criteri di appropriatezza clinica, la gestione del paziente. La concreta applicazione del modello, naturalmente, richiede un adeguato impegno delle Aziende ad attivare percorsi di formazione/addestramento, nonché processi finalizzati alla consultazione/condivisione dei professionisti coinvolti, così da meglio contestualizzare il modello alla tipologia di ospedale (caratteristiche dimensionali e strutturali) e all'asset organizzativo/professionale del presidio e dell'Azienda (realizzazione di Dipartimenti e Aree Funzionali). Infine, attraverso la riorganizzazione per intensità di cure, ove il concetto di cure include sia gli aspetti assistenziali che quelli connessi alla diagnosi e alla terapia, l'Ospedale può meglio raccordarsi al territorio, un territorio che con il presente piano potrà progressivamente sempre meglio svolgere il proprio ruolo assistenziale».

più assegnati spazi fisici dedicati, posti letto, risorse infermieristiche o strumentali. È invece mantenuta la responsabilità del trattamento diagnostico-terapeutico della casistica che le è affidata.

A livello micro-organizzativo viene identificata la figura del medico tutor, responsabile del percorso di cure e interlocutore del paziente e dei familiari. Viene inoltre ridefinita la suddivisione delle competenze tra gli infermieri, grazie alla distinzione tra il ruolo dell'infermiere referente, responsabile della presa in carico assistenziale, e quello degli infermieri associati che ne supportano l'operato, con un modello assistenziale simile al *primary nursing* (Tiedeman e Lookinland, 2004).

Il modello per intensità di cura è stato sperimentato in alcune aziende della Regione grazie al supporto scientifico del Laboratorio MeS. Sono stati organizzati gruppi di lavoro interdisciplinari (cui hanno partecipato le direzioni sanitarie e infermieristiche, le direzioni di presidio, di dipartimento e di unità operativa) per la condivisione delle esperienze, e sono state realizzate iniziative di formazione rivolte ai dipendenti delle aziende oggetto di sperimentazione. Tale lavoro è stato all'origine del documento «30 tesi sull'ospedale per intensità di cura» (AA.VV., 2007).

Il modello è stato inoltre oggetto di un acceso confronto tra le società scientifiche mediche toscane, a conclusione del quale 19 di esse hanno sottoscritto un documento condiviso (AA.VV., 2008) che ha trovato in parte riscontro nel PSR 2008-2010. In particolare, si è resa necessaria una definizione dei nuovi equilibri disegnati dall'intensità di cura nel confronto tra le logiche professionali e quelle organizzative, nell'integrazione tra il nuovo modello e l'organizzazione dipartimentale esistente, e nella suddivisione di responsabilità tra la medicina interna e le altre specialità, soprattutto di area medica.

Se queste sono in estrema sintesi le caratteristiche del modello, alle aziende è lasciata ampia discrezionalità nelle concrete modalità d'implementazione. Pertanto molte domande rimangono ancora aperte, sia in ambito strategico-organizzativo che dal punto di vista dei meccanismi di coordinamento e di ridefinizione delle competenze mediche ed infermieristiche. E su questo secondo punto che si concentrerà l'analisi delle esperienze aziendali discusse nei prossimi paragrafi.

12.4 I tre casi studio

I tre paragrafi che seguono presentano, per ciascuna azienda:

- ▶ le ragioni interne e le spinte esterne che hanno indotto l'azienda a dotarsi di una nuova organizzazione basata sull'intensità di cura;
- ▶ la nuova visione organizzativa e i suoi elementi strutturali;

Tabella 12.1 **Strutture di ricovero AUSL, 2007**

	AUSL 9				AUSL 10			AUSL 11
	Ospedale Sant'Andrea – Massa Marittima	Ospedale Colline Albegna – Orbetello	Ospedale Civile – Castel del Piano	Ospedale Misericordia – Grosseto	Borgo San Lorenzo	Ospedale Fiorentino Sud-Est – Bagno a Ripoli	Ospedale Fiorentino – Firenze	Empoli
Dipendenti	227	306	134	1.109	413	1.154	1.687	1.528
PL utilizzati (senza Dh)	85	121	50	340	107	339	403	437
N. ricoveri	2.822	4.458	1.153	12.371	4.906	15.112	19.090	17.371
N. giornate degenza	21.278	33.692	12.959	107.394	34.765	107.980	120.168	133.125

Fonte: Elaborazione da www.sanita.it (<http://www.salute.gov.it/servizio/usldb/regusl.jsp?hname=hvalue®=090>; 28 luglio 2011)

- ▶ gli specifici ruoli – nuovi o riprogettati – e i meccanismi operativi associati all'organizzazione per intensità di cura;
- ▶ i fattori facilitanti il processo di cambiamento, sia interni, sia di contesto locale;
- ▶ i risultati raggiunti, i problemi percepiti, i prossimi passi ipotizzati.

Alcuni dati relativi alle strutture di ricovero pubbliche a gestione diretta delle AUSL sono presentati nella Tabella 12.1.

12.4.1 Azienda USL 9 di Grosseto

Driver del cambiamento

Il cambiamento presso l'azienda di Grosseto parte da lontano, e si basa sulla necessità di recuperare efficienza – sul personale e sui posti letto – e appropriatezza organizzativa. I reparti erano tra loro poco collaborativi; l'assistenza infermieristica era calcolata più sulla base dei posti letto che della loro effettiva occupazione; i medici gestivano i ricoveri sostituendosi ai meccanismi di governo aziendale. Al contempo c'era la necessità e la possibilità di ripensare i ruoli di medici e infermieri e il rapporto tra le due professioni.

In tale contesto la L.R. 40/2005 ha contribuito ad accelerare la riorganizzazione così come, un ruolo è stato svolto anche dalla formazione coordinata dal MeS.

Organizzazione

L'organizzazione degli ospedali di maggiori dimensioni dell'azienda è oggi basata su aree funzionali gestionali forti, articolate in *setting*-moduli di degenza di circa 20 letti gestiti da un coordinatore infermieristico o tecnico.

I *setting* di degenza dell'ospedale di Grosseto sono articolati all'interno delle aree funzionali e organizzati per tipologia e durata di ricovero, come illustrato nella Tabella 12.2, che riporta anche il piano in cui sono collocati fisicamente.

Attualmente l'azienda sta lavorando alla revisione di ruoli e procedure lavorative previsti dai percorsi di patologia, così da tener conto della nuova organizzazione.

Altre attività che contribuiranno a consolidare le nuove responsabilità e ad interiorizzare la nuova organizzazione sono:

Tabella 12.2 **Aree Funzionali e *setting*-moduli di degenza, Ospedale Misericordia di Grosseto**

Area funzionale	Setting-modulo di degenza	Piano dell'ospedale in cui è collocato il setting
Terapia intensiva	Intensiva	Piano terra
	Intensiva UTIC e sub intensiva	Piano terra
	Subintensiva specialistica	5°
Chirurgica	Ciclo continuo ortopedia (prevalenza traumatologia)	2°
	Ciclo breve e diurno polispecialistica 1	3°
	Ciclo breve e diurno polispecialistica 2	3°
	Ciclo continuo plurispecialistica (urgenze)	5°
	Ciclo continuo plurispecialistica (programmata)	5°
Medica	Ciclo continuo plurispecialistica (medio-alta intensità)	Piano terra
	Ciclo continuo cardiologia	Piano terra
	Ciclo continuo malattie infettive plurispecialistica	1°
	Ciclo continuo nefrologia e dialisi	1°
	Attività di riabilitazione	1°
	Ciclo continuo oncologia medica	3°
	Ciclo continuo plurispecialistica 1	6°
Ciclo continuo plurispecialistica 2	6°	
Materno infantile	Ciclo continuo ostetricia	4°
	Neonatale	4°
	Intensiva e subintensiva neonatale	4°
	Ciclo continuo pediatria	4°

Fonte: Elaborazione da Ospedale Misericordia di Grosseto (2011), *Il modello per intensità di cura. Cosa cambia, cosa non cambia* (<http://www.usl9.grosseto.it/default.asp?idlingua=1&idContenuto=145>; 28 luglio 2011)

- ▶ l'adozione della nuova scheda infermieristica aziendale unificata;
- ▶ l'accreditamento regionale, che richiede procedure da riscrivere sui *setting*;
- ▶ la corrispondenza tra meccanismi operativi aziendali e nuova struttura organizzativa (contabilità analitica, *budgeting*, ecc.¹¹).

Ruoli e meccanismi operativi

Un aspetto del nuovo modello organizzativo, sottolineato da tutti gli interlocutori, è la responsabilizzazione degli infermieri su ambiti nuovi. Tale evoluzione, pur accompagnata da interventi formativi offerti con continuità nel corso degli anni, ha richiesto tempo e non ha trovato pronta tutta la professione. D'altro canto la sfida di un maggiore *empowerment*, per una professionalità che non sia soltanto rivendicata, è inevitabile¹².

Per non correre in carenze nelle competenze assistenziali specialistiche, che prima gli infermieri potevano sviluppare nei reparti (ovvero affinché gli infermieri provenienti, ad esempio, da neurologia, non si trovassero in difficoltà ad assistere pazienti ricoverati per patologie cardiologiche), l'azienda ha promosso attività formative di *setting*, a volte richieste dagli stessi professionisti. Peraltro, gli infermieri che già lavoravano nei reparti di specialità chirurgiche sono rimasti a lavorare nell'area funzionale chirurgica, e così anche per le discipline mediche. Infine, nel 2010 è stata effettuata una selezione interna per promuovere alla categoria Ds circa quaranta infermieri, riconosciuti esperti su particolari patologie o ambiti di specializzazione medico-chirurgica, al fine di garantire una presenza specializzata pur all'interno di *setting* non più specializzati sulle patologie.

Tali evoluzioni di ruolo del personale assistenziale hanno trovato sostanzialmente pronti e disponibili i medici (ma ciò è stato aiutato anche da un contestuale ricambio generazionale di molti responsabili di struttura). Alcune difficoltà sono ancora presenti nei *setting* plurispecialistici di area medica, utilizzati da più unità operative dove può capitare che diversi medici arrivino la mattina e chiedano di fare il «proprio giro» in contemporanea con gli altri, rendendo impossibile all'infermiere referente presente in turno di soddisfare tale richiesta¹³. Nei *setting* plurispecialistici di area chirurgica i «giri medici» sono invece programmati in modo scaglionato.

Analizzando invece alcuni meccanismi operativi e di coordinamento, è da sottolineare come la gestione dei letti per i ricoveri in urgenza sia sostanzialmente svolta dal pronto soccorso che, nel caso di ricoveri chirurgici, assegna il

¹¹ Il livello di negoziazione principale è quello tra direzione aziendale e AF (area funzionale). Quest'ultima, a sua volta, negozia con i *setting* e con le unità operative.

¹² Il Direttore Generale a tale proposito afferma d'insistere coi suoi collaboratori affinché tutti leggano il regolamento aziendale di organizzazione ospedaliera.

¹³ A detta di un intervistato, tali problemi saranno definitivamente superati quando l'area medica andrà a confluire progressivamente in *setting* sub-intensivi.

paziente al *setting* di degenza appropriato e agli specialisti della patologia da cui è affetto, così come per i ricoveri di area media nei quali il paziente viene assegnato all'unità operativa e al *setting*.

Infine, la distribuzione dei pazienti sui letti del *setting* avviene secondo criteri diversi. In alcuni *setting* i pazienti sono distribuiti in base ai bisogni, e non in base alla patologia o all'unità operativa di afferenza.

Fattori facilitanti il cambiamento

Gli elementi a supporto della nuova organizzazione o che ne hanno facilitato l'adozione sono numerosi:

- ▶ diversi cambiamenti negli ultimi anni avevano preparato la strada a una revisione della presa in carico ospedaliera. Esempi di ciò includono l'introduzione della *discharge room* o l'ufficio programmazione chirurgica;
- ▶ l'azienda attribuisce un ruolo rilevante alla formazione. Nel 2006-2007 tutto il personale infermieristico è stato preparato al nuovo modello e al nuovo ruolo. Nel 2007-2009 la formazione – svolta in collaborazione con il MeS – ha coinvolto i responsabili di struttura complessa, distinti in quattro gruppi secondo la matrice ospedale/territorio e medicine/chirurgie. Tale formazione ha attivato un «fermento di idee» all'intero dell'azienda, creando aspettative per una nuova organizzazione;
- ▶ a giugno la nuova direzione strategica ha posto l'organizzazione per intensità di cura tra le proprie priorità. Sono stati riscritti lo statuto aziendale e il regolamento di organizzazione (2010), sono stati nominati i responsabili delle aree funzionali e i responsabili di *setting*. Infine, è stato detto in modo credibile che la nuova organizzazione sarebbe andata a regime a gennaio 2011;
- ▶ il processo è stato seguito con un'importante attività di project management¹⁴, con un *workpackage* articolato, responsabilità individuate, *deliverable* definiti. Particolare attenzione è stata messa nell'adeguamento dei sistemi operativi (contabilità analitica, ciclo di budget) alla nuova organizzazione. Allo stesso tempo, è stata adeguata tutta la cartellonistica e sono state svolte attività di informazione per l'utenza e per gli attori sociali (sindacati, enti locali, Cittadinanza Attiva, ecc.).

Risultati e temi aperti

Definitivamente partita all'inizio del 2011, l'organizzazione per intensità di cura a Grosseto è troppo giovane per dare indicazioni affidabili sui suoi risultati. Una prima percezione però è che la nuova organizzazione – con il rafforzamento

¹⁴ Le otto macro-attività individuate sono: 1) project management generale; 2) adeguamento documentazione di presidio; 3) attivazione dei *setting*; 4) adeguamento del piano dei centri di costo; 5) adeguamento della procedura di budget; 6) informazione e comunicazione del cambiamento; 7) adeguamento dei percorsi al nuovo modello organizzativo; 8) formazione degli operatori sul nuovo modello.

delle aree funzionali e il superamento dei reparti monospecialistici – abbia portato a una migliore e più equa distribuzione del personale.

Inoltre, un parziale vincolo al pieno dispiegamento del modello organizzativo è dato dalla vetustà delle strutture fisiche degli ospedali. Per l'area chirurgica dell'ospedale di Grosseto tali problemi dovrebbero essere presto superati, grazie alla costruzione di nuovi spazi (blocco unico) progettati in coerenza con la nuova filosofia organizzativa.

Gli ambiti su cui l'azienda sta lavorando per una piena messa a regime dell'ospedale per intensità di cura sono, come già accennato: il completamento di alcuni percorsi, la documentazione unificata (oggi esiste la STU – scheda terapia unificata, ma non un'unica cartella infermieristica), l'avvio sistematico della pianificazione infermieristica e del *primary nursing* (questi ultimi due in partenza ad autunno), l'affinamento dei sistemi di attribuzione del personale in base alle caratteristiche del *setting*.

12.4.2 Azienda USL 10 di Firenze

Driver del cambiamento

Così come Empoli, anche in ASF la necessità di adeguarsi alla normativa regionale ha rappresentato un impulso forte, che tuttavia è stato colto come un'opportunità per avviare un più ampio processo di cambiamento. Negli anni precedenti infatti erano stati realizzati numerosi progetti di miglioramento della qualità su aree specifiche, tuttavia la percezione era che «il limone fosse ormai spremuto» e che per migliorare ulteriormente fosse necessaria una revisione complessiva del modello organizzativo, che risentiva ancora ampiamente della frammentazione dovuta al periodo pre-accorpamento.

Il nuovo direttore generale inoltre, ingegnere con passata esperienza nel settore manifatturiero *automotive* e intenzionato a lasciare un'impronta forte in azienda, ha manifestato fin dalle sue prime fasi un forte *commitment* sul progetto. Progetto che ha assunto connotati unici rispetto alle altre esperienze sviluppate nella Regione.

Organizzazione

Avviato nel 2007, il progetto aveva come obiettivo quello di introdurre il «metodo di produzione Toyota» in un'azienda sanitaria pubblica, con lo scopo di ripensare l'organizzazione nella logica dei processi e rendere evidente il flusso di valore per l'utente/paziente. Si trattava di applicare per la prima volta in Italia in un'azienda sanitaria, il Lean Management (da qui il nome del progetto: «OLA – Organizzazione Lean dell'Assistenza»), sull'esperienza dei numerosi ospedali, soprattutto negli Stati Uniti e nel NHS inglese, che lo avevano sperimentato. Non si voleva dunque una serie di tecniche e strumenti, quanto piuttosto una nuova filosofia gestionale.

A livello di struttura organizzativa, i reparti di degenza di ogni presidio sono stati accorpati in aree multi specialistiche, che distinguono tra medicina e chirurgia e tra urgenza ed elezione. Sono state identificate inoltre sei «linee di produzione»¹⁵ trasversali ai presidi, che rappresentano i percorsi del paziente attorno ai quali si sviluppano le proposte di ridisegno dei processi e di «efficientamento».

Ruoli e meccanismi operativi

A livello micro organizzativo si ritrovano alcune caratteristiche del modello presentato al § 12.3: organizzazione delle aree in «cellule» (corrispondenti ai *setting* sopracitati), la creazione di *team* infermieristici, l'identificazione di un infermiere di processo (referente) che affianca un medico tutor. Il «giro medico», tradizionale meccanismo di coordinamento tra primario, medici di reparto e caposala, è sostituito da un *briefing* mattutino svolto da medici e infermieri guardando i parametri delle cartelle cliniche. Ad esso segue la fase di visita dei pazienti, in cui gli infermieri non sono presenti e in cui prescrizioni e altre indicazioni diagnostico-terapeutiche vengono registrate nel sistema informativo. Durante il giro il medico può contattare uno specialista per una consulenza e, al termine, è previsto un secondo momento di confronto-*debriefing* con gli infermieri. All'infermiere di processo è assegnato il ruolo di accompagnare il paziente dall'ammissione alla dimissione, di redigere il piano assistenziale, di interloquire (insieme al medico tutor) con il paziente e la famiglia.

Fattori facilitanti il cambiamento

Tra i fattori che hanno facilitato lo sviluppo del progetto spicca l'attenzione al coinvolgimento di tutti gli attori aziendali sin dalle prime fasi dell'implementazione, che ha portato all'organizzazione di centinaia di settimane di lavoro finalizzate al miglioramento dei processi («kaizen» secondo la terminologia Lean) a cui hanno partecipato *team* multidisciplinari composti da dipendenti di tutti i livelli gerarchici. In particolare la componente infermieristica si è rivelata il principale sostenitore, sia da un punto di vista operativo che «culturale», del progetto. Inoltre, la presenza di una prima linea estremamente *committed* di direttori di dipartimento – a cui in ASF è richiesto di lavorare *full time* rinunciando alla direzione dell'unità operativa di provenienza – ha garantito un supporto fondamentale nel facilitare l'accoglienza del progetto da parte della classe medica. Supporto che è stato ulteriormente garantito dal *team* di progetto, composto da medici di organizzazione, quattro giovani ingegneri gestionali con competenze di *operation management*, infermieri e tecnici, che ha rappresentato il vero e proprio motore dell'iniziativa.

¹⁵ Chirurgia programmata, Chirurgia in urgenza, High care medica, Low care, Outpatients, Percorso nascita.

Infine, la presenza della cartella elettronica aziendale e condivisa tra medici e infermieri (che peraltro era già presente in azienda ma non era mai stata pienamente utilizzata) ha rappresentato una condizione necessaria per lo sviluppo del progetto.

Risultati e temi aperti

In termini di risultati raggiunti esistono diversi indicatori di efficienza (riduzione delle scorte di magazzino, dei tempi di attesa, delle procedure burocratiche e delle informazioni duplicate) che segnalano importanti miglioramenti. Tuttavia l'azienda riconosce che le evidenze in termini di miglioramento degli *outcome* clinici sono ancora deboli. È questo un elemento determinante, in quanto risulterà imprescindibile comunicare l'impatto della riorganizzazione ai professionisti, e in particolare ai medici. Tra di essi infatti, come prevedibile, sono state riscontrate le principali resistenze, sia tra i *professional* che – soprattutto – tra i titolari di incarichi di responsabilità gestionali, che percepiscono un impoverimento della professione nei confronti degli infermieri e una perdita di potere organizzativo.

A livello professionale emerge la percezione diffusa che debbano ancora essere affinate, dopo il superamento del giro medico, le nuove modalità di coordinamento tra medici e infermieri. Critico è anche il rapporto tra il medico della struttura cui è assegnato il paziente e gli altri specialisti, necessario per favorire lo sviluppo di un'effettiva presa in carico multidisciplinare.

Positivo è stato invece il percorso di acquisizione di competenze sulle specificità assistenziali delle singole discipline da parte degli infermieri, ambito in cui i timori manifestati inizialmente dai clinici sono stati ampiamente superati.

Emerge infine, quale criticità ancora da risolvere, il fatto che non sono ancora presenti soluzioni per allineare i meccanismi di programmazione e controllo (in particolare il sistema di *budget*, che fa ancora capo alle unità operative) al nuovo modello organizzativo.

12.4.3 Azienda USL 11 di Empoli

Driver del cambiamento

La leva principale che ha favorito e legittimato il cambiamento del modello organizzativo è costituita, anche nel caso dell'AUSL di Empoli, dall'emanazione della L.R. 40/2005.

A ciò si aggiunge anche l'opportunità che l'Ospedale di Empoli ha avuto partecipando, in fase sperimentale, ad un'esperienza condivisa con l'AOU di Pisa, la AUSL 5 di Pisa e la AUSL 4 di Prato denominata «Ospedale Etico», in cui la riflessione gestionale di fondo verteva sulla possibilità di garantire al cittadino un servizio rispettoso dei principi di equità distributiva sia in termini qualitativi che manageriali. Altro elemento importante è stata la concomitante

costruzione del nuovo ospedale che ha fornito l'occasione per l'adozione del nuovo modello organizzativo.

Organizzazione

L'abbandono dei reparti di degenza, sostituiti dalle aree funzionali, o ha ridefinito anche la struttura gerarchica all'interno dell'ospedale, in particolare il ruolo e il conseguente potere di negoziazione dei primari che ora hanno quale primo riferimento il Direttore di Dipartimento e non la Direzione aziendale.

La definizione dei tre livelli di intensità di cura: pazienti critici, acuti e *low care* è stata accompagnata da:

- ▶ assegnazione del medico tutor che garantisce la presa a carico del paziente coordinando gli interventi dei diversi specialisti e funge da referente per il paziente e la famiglia. Il ruolo del primario si qualifica come esperto chiamato ad un ruolo di coordinamento clinico-organizzativo e di verifica della coerenza dei percorsi assistenziali. Concettualmente questo cambiamento comporta, a detta degli intervistati, un miglioramento nella presa in carico del paziente garantendo congruenza e continuità della presa in carico;
- ▶ assegnazione di un «infermiere di riferimento» che assume la gestione della presa in carico assistenziale del paziente;
- ▶ ridefinizione dei momenti di contatto tra medici ed infermieri. Analogamente per quanto avviene in ASF, al mattino viene organizzato un *briefing* tra il medico tutor e l'infermiere, non al letto del paziente ma consultando la cartella clinica unica medico-infermieristica. Il medico procede quindi autonomamente alla visita del malato, annotando sulla cartella clinica le informazioni del caso (stato clinico, terapia farmacologica, esami diagnostici, ecc.) che restano poi a disposizione dell'infermiere. L'informatizzazione della cartella clinica e la possibilità di consultazione da parte dei diversi professionisti diventa così lo strumento di lavoro essenziale per la condivisione delle informazioni e l'integrazione degli interventi;
- ▶ definizione di criteri espliciti e condivisi di assegnazione e gestione dei posti letto, in particolare per le ammissioni provenienti dal pronto soccorso;
- ▶ stesura del piano di cura, in modo da stimare la durata della degenza e predisporre le condizioni per la presa in carico da parte delle strutture di assistenza territoriale.

Ruoli e meccanismi operativi

Un aspetto emerso con particolare enfasi è costituito dalla sensazione di perdita di potere da parte dei primari che non dispongono più di posti letto loro assegnati.

La definizione del ruolo di alcune figure mediche resta inoltre ancora da perfezionare, in particolare con riguardo al rapporto tra medico tutor e primario. In

questo senso è emersa anche una certa preoccupazione rispetto alla perdita, da parte di quest'ultimo, di esclusiva prerogativa clinica rispetto alla precedente funzione che permetteva una presa in carico per così dire di garanzia del paziente.

Altro elemento fondamentale è dato dal cambiamento di ruolo del personale infermieristico, che contrariamente a prima, è ora chiamato ad occuparsi di pazienti con caratteristiche cliniche molto diverse. Da qui il timore, vissuto inizialmente con preoccupazione in particolare dal corpo medico, che gli infermieri nei nuovi *setting* plurispecialistici potessero incontrare difficoltà. Tale rischio è stato affrontato offrendo al personale momenti di formazione specifici. Per il personale infermieristico vi è stato anche un miglioramento delle competenze gestionali-organizzative, accompagnato dall'istituzione di nuovi ruoli gestionali a livello di area funzionale (coordinatore di dipartimento; responsabile qualità e accreditamento; responsabile formazione; responsabile contabilità analitica).

Fattori facilitanti il cambiamento

Tra gli elementi essenziali che hanno facilitato il cambiamento, oltre alle indicazioni normative già citate, possiamo indicare certamente:

- ▶ i buoni rapporti interpersonali tra corpo medico e infermieristico, a livello sia dirigenziale sia operativo;
- ▶ la presenza di diversi stabilimenti ospedalieri ma organizzati in un presidio ospedaliero unico, il che aveva già favorito la riflessione sul superamento dei reparti monospecialistici;
- ▶ una costante attenzione e un forte supporto da parte della direzione strategica.

Risultati e temi aperti

A detta degli intervistati si riscontra un complessivo aumento della soddisfazione da parte dei pazienti grazie all'assegnazione del medico tutor e dell'infermiere di riferimento.

Restano tuttavia da risolvere i seguenti aspetti:

- ▶ definizione più precisa della ripartizione delle responsabilità medico-legali tra medico tutor e primario;
- ▶ ottimizzazione della gestione dei posti letto, in particolare per le entrate provenienti dal pronto soccorso;
- ▶ ulteriore affinamento nella definizione dei diversi ruoli medici, ad esempio nei rapporti tra responsabile di unità operativa e direttore di dipartimento;
- ▶ miglioramento dei criteri per l'allocazione del personale infermieristico così da assicurare la corretta presenza di personale in funzione della reale intensità di cura del *setting*;
- ▶ implementazione degli strumenti di *assessment* dell'intensità di cura già in pronto soccorso.

12.5 Conclusioni

1. La letteratura sull'esperienza toscana, così come i tre casi studio, mostra che il cambiamento organizzativo è stato vissuto dalle aziende come una necessità fatta propria sia dalle direzioni mediche, sia dalla dirigenza infermieristica (Colombai, 2008; Gemmi et al., 2008; Venuti et al., 2008; Baragatti et al., 2009; Pelagani et al., 2009; Rosini et al., 2010). Come sottolineato da un interlocutore, il modello tradizionale andava ormai stretto alle aziende. Era chiara la necessità di una presa in carico del paziente capace di definire omogenei bisogni assistenziali e di supporto tecnologico, più di quanto non riuscisse a fare l'organizzazione per branca disciplinare. L'organizzazione per *setting* permette di tarare meglio quantità e competenze del personale assistenziale, molto di più di quanto facessero le vecchie norme legate al numero dei letti (distinti in intensivi, sub intensivi e ordinari)¹⁶.

Ovviamente una spinta importante per superare resistenze e inerzie organizzative è stata offerta dalla regolamentazione regionale, in particolare con la L.R. 40/2005 e il successivo PSR 2008-2010¹⁷. Senza tale azione regionale certamente i ritardi sarebbero maggiori e le soluzioni meno confrontabili.

2. Se la professione infermieristica ha visto nella nuova organizzazione un'importante occasione per definire un ruolo nuovo, coerente con il processo di professionalizzazione che l'ha caratterizzata negli ultimi quindici anni, la professione medica ha mostrato maggiori perplessità. All'inizio molti professionisti hanno opposto resistenza, spiegata dal disorientamento logistico-organizzativo (la cartellonistica non riporta più i nomi delle specialità ma dei *setting*), dalla paura di perdere spazi di potere organizzativo, dalla poca chiarezza o comprensione su obiettivi ed esiti della trasformazione, o anche per il timore di una ricaduta verso una medicina generalistica poco attenta ai bisogni clinico-specialistici (con riferimento sempre all'esperienza toscana, cfr. ad esempio Bovenzi, 2010).

L'esperienza fatta ha poi contribuito a vincere molte di tali resistenze, anche se la definizione dei diversi ruoli medici previsti dalla nuova organizzazione in alcuni ospedali non sembra avere raggiunto ancora un equilibrio pienamente soddisfacente, soprattutto in area medica¹⁸.

Poco fondato si è dimostrato anche il timore della «despecializzazione» degli

¹⁶ Per questo motivo la letteratura sull'ospedale per intensità di cura s'intreccia spesso con quella, di derivazione infermieristica, sui carichi di lavoro, sull'intensità o complessità assistenziale, ecc. (cfr. per tutti Baragatti et al., 2009).

¹⁷ La riflessione era peraltro partita già negli anni precedenti, con la promozione di studi e gruppi di lavoro regionali, in occasione della progettazione dei nuovi ospedali, ecc.

¹⁸ Nelle aree chirurgiche invece l'assetto sembra più chiaro, aiutato dalla natura delle attività svolte (unità semi-intensive post-chirurgiche, *week surgery*, ecc.).

infermieri. Le misure prese dalle aziende per evitare tale rischio (formazione, identificazione di infermieri referenti per le specialità medico-chirurgiche, ecc.) si sono mostrate nel complesso efficaci.

3. L'analisi ha mostrato la convivenza di diverse accezioni di organizzazione ospedaliera basata sull'intensità di cura, pur in un contesto guidato da una forte regolamentazione regionale come in Toscana. A fini espositivi, tale eterogeneità può essere considerata su due piani distinti: quello del modello complessivo di organizzazione ospedaliera e quello dei contenuti e della specificazione del concetto di intensità di cura.

I modelli organizzativi ospedalieri adottati e promossi nelle tre aziende sono profondamente diversi. In parte ciò è il frutto di condizioni logistico-operative preesistenti: padiglioni o monoblocchi, dimensioni complessive ed eventuali specializzazioni dei singoli stabilimenti, età e dunque progettazione logistica delle strutture, ecc. In parte, dipende invece dalla storia organizzativa anche recente delle aziende, come mostra ad esempio la dipartimentalizzazione forte e progredita a Empoli, confrontata con quella meno incisiva di Firenze (anche perché il modello OLA avviato nel 2006 non richiede la presenza di dipartimenti forti) o quella solo recente di Grosseto.

Un elemento comune di tutte le riorganizzazioni è in ogni caso il superamento dei reparti come elemento chiave della gestione sia clinico-specialistica (gestione della casistica) sia logistico-assistenziale (gestione di spazi e risorse). A Empoli e Grosseto è infatti l'area funzionale il nuovo contenitore per coordinare tali due dimensioni, rispettivamente con le unità operative e i *setting*-moduli di degenza. A Firenze invece prevale una visione di «microefficientamento» organizzativo svolto nell'ambito delle cellule, e di gestione per processi sulle diverse linee di attività (supportate anche da apposite figure ingegneristiche assunte in azienda).

Il secondo piano di eterogeneità riguarda il concetto stesso d'intensità di cura, a volte declinato come ricerca di bisogni omogenei in termini di assistenza e di supporto tecnologico, altre volte come durata media (e programmabile) della degenza, ecc. Si tratta di accezioni differenti, che a volte convivono in ambiti diversi della stessa azienda e che mettono in luce la difficoltà o comunque la non opportunità di definire in modo univoco tale concetto.

Complessivamente sembra possibile affermare che gli interventi di organizzazione sono stati realizzati soprattutto secondo logiche di accorpamento dei reparti, di ristrutturazione dei processi e di perseguimento della centralità del paziente. Un ruolo meno chiaro risulta invece per la diversità dei contenuti assistenziali e l'intensità dell'assistenza così come intesa al § 12.1.

4. La nuova organizzazione ha bisogno di definire nuovi meccanismi o ruoli d'integrazione, capaci di garantire il *continuum of care*. È chiaro infatti che il superamento dei tradizionali reparti non garantisce di per sé integrazione. In questo

senso, alcune criticità nei nuovi assetti possono presentarsi quando il paziente è spostato da un *setting* a un altro o quando il diverso *case mix* di pazienti porta a ridefinire gli organici e dunque cambiare gli infermieri che hanno in carico il paziente.

Per controbilanciare tali possibili problemi, le aziende si sono dotate di nuove figure, quali l'infermiere di processo o referente, il medico tutor, ecc., e hanno tutte proseguito nel miglioramento o nell'unificazione dei supporti informatici (schede terapia, cartelle clinico-assistenziali, ecc.).

Rimangono però alcune difficoltà con riguardo alla multiprofessionalità e alla multidisciplinarietà. In particolare:

- ▶ il principale meccanismo di coordinamento del lavoro clinico e assistenziale nel modello tradizionale, e cioè il «giro medico», è stato sostituito da una relazione mediata dalla tecnologia (cartella informatica unica). Molti infermieri giudicano positivamente tale cambiamento poiché chiarisce i ruoli e risparmia tempo all'infermiere che un tempo seguiva i medici nel giro. Al contrario, alcuni medici lamentano quest'ulteriore separazione come un impoverimento del confronto multidisciplinare;
- ▶ l'auspicata multidisciplinarietà tra medici, nella realtà non si traduce in momenti condivisi al letto del paziente. Anche le riunioni settimanali di reparto, usate per discutere della casistica presente, non sembrano avere ancora trovato un sostituto equivalente nella nuova organizzazione che incrocia unità operative e *setting* di ricovero;
- ▶ continua a sembrare limitato il coinvolgimento sistematico di altri professionisti diversi da medici e infermieri, quali fisioterapisti, ergoterapisti, logopedisti, dietisti, ecc.

5. Un tema che rimane delicato per i medici è quello della «gestione dei posti letto». In passato questa era di responsabilità dei medici, anche se sempre più, negli ultimi anni, si erano diffusi criteri e sistemi per una gestione più razionale ed esplicita delle ammissioni, quali ad esempio le liste operatorie unificate. Ora invece la gestione dei posti letto è condivisa con gli (o responsabilità degli) infermieri. In tal senso, sono interessanti, ma non prive di numerose criticità, le procedure tramite cui il pronto soccorso decide l'allocazione dei pazienti che necessitano di un ricovero, e il ruolo che aree funzionali, *setting* e unità operative assumono in tale processo.

6. Un aspetto problematico della nuova organizzazione sta nel fatto che spesso i sistemi operativi di responsabilizzazione economica e gestionale (contabilità analitica e centri di costo, processo di budget e centri di responsabilità, reportistica, ecc.) sono ancorati alle unità operative più che ai *setting* o alle altre articolazioni organizzative proposte dal nuovo modello.

L'ospedale per intensità di cura sembra insomma frutto di un cambiamento originato dall'urgenza di dare risposte nuove alle necessità clinico-assistenziali, più che da pressioni economiche. D'altro canto resta chiara l'esigenza di allineare e coordinare i sistemi di programmazione e controllo economico alla nuova struttura la struttura organizzativa.

7. Un altro ambito critico riguarda la necessità di riconciliare l'organizzazione basata sull'intensità di cura con regole e richieste definite dall'ambiente esterno.

Un primo esempio rilevante è quello dei flussi ministeriali, tutti basati sull'afferenza dei ricoveri alle specialità medico-chirurgiche. Se da un lato gli ospedali possono far fronte a tali richieste, forti dell'attribuzione di ciascun paziente a un'unità operativa, è chiaro che la rappresentazione che tali flussi danno delle attività e dell'organizzazione interna degli ospedali è parziale, e non più rispondente ai modelli organizzativi e ai meccanismi di funzionamento adottati dalle aziende.

Un secondo aspetto, collegato al primo e particolarmente critico, riguarda le responsabilità medico-legali, che in prima battuta la normativa continua a porre tutte in capo al responsabile dell'unità operativa. È chiaro che, anche in tal caso, si tratta di una soluzione che rispecchia in modo solo parziale l'articolazione delle responsabilità sui percorsi di cura definiti nell'ambito dell'organizzazione di ciascuna azienda.

8. Infine, l'analisi svolta ha confermato l'importanza di un'attenta gestione dei processi di cambiamento. Se si prende in considerazione ad esempio il caso di Firenze, ciò si è concretizzato in:

- ▶ una direzione aziendale coinvolta, visibile e impegnata a rendere il progetto credibile;
- ▶ la costituzione di una struttura di *project management* dedicata, con scambi anche internazionali (visite aziendali all'estero e dall'estero), partecipazione a seminari e convegni, ecc.;
- ▶ una comunicazione interna che ha prestato attenzione a valorizzare le opportunità offerte dal cambiamento per i diversi ruoli, cercando un coinvolgimento che partisse dal basso (gruppi di lavoro, gruppi prototipo, settimane kaizen, ecc.) e fin dall'inizio del progetto;
- ▶ allo stesso tempo, una comunicazione interna che ha sottolineato e spiegato le criticità sviluppate dall'organizzazione tradizionale e dunque l'urgenza del cambiamento;
- ▶ un atteggiamento prudente e «sottotraccia» nella comunicazione esterna, così da evitare il rafforzamento – alimentato all'esterno – di possibili opposizioni al progetto;
- ▶ l'accompagnamento formativo lungo tutto il corso del progetto con il coinvolgimento dell'intero organico ospedaliero aziendale.

Bibliografia

- AA.VV. (2007), *30 tesi sull'ospedale per intensità di cura*, versione 2.0, http://www.anmco.it/download/delegazioni%20regionali/toscana/30_TESI.pdf (29 luglio 2011).
- AA.VV. (2008), «Ospedalizzazione per intensità di cure», *Toscana Medica*, 2, pp. 23-25.
- Baragatti L., Messina G., Ceccarelli F., Tonelli L. e Nante N. (2009), «Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 5-35.
- Bensa G., Prenestini A. e Villa S. (2008), «La logistica del paziente in ospedale: aspetti concettuali, strumenti di analisi e leve di cambiamento», in Anessi Pessina E., Cantù E. (a cura di), *Rapporto OASI 2008. L'aziendalizzazione della sanità in Italia*, Milano, EGEA.
- Bovenzi F. (2010), «La cardiologia proiettata verso l'ospedale per intensità di cure», *Sanità Pubblica e Privata*, 1, pp. 50-58.
- Carbone C., Cosmi L., Lega F. e Salvatore D. (2006), «Ricognizione sullo stato dell'arte e sulle tendenze della normativa regionale in materia di organizzazione delle aziende sanitarie», *Organizzazione Sanitaria*, 1, pp. 25-32.
- Colombai R. (2008), «Nel segno dell'appropriatezza», *Il Sole 24 Ore Sanità*, 19-25 febbraio, p. 23.
- Gardini A. (a cura di) (2007), *L'ospedale del XXI Secolo – Salute e Società*, VI(3).
- Gemmi F., Mechi M.T., Geddes da Filicaia M. e Appicciafuoco A. (2008), «Il progetto OLA – Organizzazione Lean dell'Assistenza», *L'Ospedale*, 3, pp. 76-81.
- Jones D. e Mitchell A. (2006), *Lean thinking for the NHS*, London, The NHS Confederation (traduzione italiana di M.T. Mechi).
- Lamanna O. (2007), «Il Nuovo Ospedale di Mestre: un ospedale senza divisioni», *Salute e Società*, VI(3), pp. 131-139.
- Lega F. (2005), *Organizational design and development for healthcare services. Foundations and perspectives*, Milano, McGraw-Hill.
- Lega F. e De Pietro C. (2005), «Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy», *Health Policy*, 74(3), pp. 261-281.
- Lega F., Mauri M. e Prenestini A. (a cura di) (2010), *L'ospedale tra presente e futuro. Analisi, diagnosi e linee di cambiamento per il sistema ospedaliero italiano*, Milano, EGEA.
- McKe e M. Healy J. (2002), *Hospitals in a changing Europe*, Buckingham, Open University Press.
- Nicosia F. (2008), *L'ospedale snello: per una sanità a flusso controllato e intensità di cure*, Milano, Franco Angeli.
- Orlandi W., Duca E. e Pioppo M. (2006), «L'ospedale per aree di intensità di cu-

- ra omogenee e di assistenza multispecialistica: l'esperienza dell'Azienda Usl n. 3 dell'Umbria», *Organizzazione Sanitaria*, 4, pp. 35-40.
- Pelagani E., Cecchi M., Mancini P., Gentile A.M. e Quercioli C. (2009), «Il modello di ospedale per intensità di cure e la sua applicazione all'area chirurgica del presidio di S. Maria Annunziata di Firenze», *Mondo Sanitario*, 4, pp. 15-22.
- Rosini D., Bartoli L., Romeri M. e Mariotti F. (2010), *Verso l'organizzazione ospedaliera per intensità di cura*, Trento, UNI Service.
- Silvestro A. (2008), «Alla ricerca di modelli organizzativi e assistenziali moderni», *L'infermiere*, 52(2), p. 3.
- Tiedeman M.E. e Lookinland S. (2004), «Traditional models of care delivery: what have we learned?», *Journal of Nursing Administration*, 34(6), pp. 291-297.
- Venuti L., Spotti M., Mercone A. e Nante N. (2008), «L'ospedale per intensità di cure: il nuovo modello organizzativo della medicina generale nell'A.O.U. di Careggi», *Mondo sanitario*, 11, pp. 13-19.