



*Dipartimento di
Economia e Management*

*Cattedra di
Organizzazione Aziendale*

*Il modello per intensità di cura:
la nuova formula organizzativa per l'azienda ospedaliera*

RELATORE:
Prof. Americo Cicchetti

CANDIDATA:
Alisha Morsella
Matr. 194331

Anno accademico 2016/2017

Al Dr. Alex Manché

<u>1. INTRODUZIONE</u>	<u>4</u>
<u>2. LE MOTIVAZIONI DEL CAMBIAMENTO</u>	<u>7</u>
2.1 MUOVERSI IN UN SETTORE KNOWLEDGE-BASED	7
2.2 CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI, SOCIOLOGICI, EPIDEMIOLOGICI E LE PATOLOGIE CONTEMPORANEE	9
2.3 I NUOVI BISOGNI DEL PAZIENTE	13
2.4 UNO SGUARDO AL MODELLO TRADIZIONALE E I LIMITI RISCONTRATI	14
<u>3. GLI APPROCCI TEORICI</u>	<u>20</u>
3.1 IL PRINCIPIO DI CONTINUITÀ DELLA CURA	20
3.2 IL PROGRESSIVE PATIENT CARE MODEL	23
3.3 IL PATIENT CENTERED CARE	28
3.4 IL LEAN METHOD E IL SIX SIGMA	32
<u>4. LA NUOVA STRUTTURA DELL'OSPEDALE</u>	<u>36</u>
4.1 LE AREE DI INTERVENTO	38
4.2 I CRITERI DI POOLING DEI PAZIENTI E IL PDTRA	38
4.3 LA RIVISITAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI:	43
4.3.1 IL MEDICO TUTOR E L'INFERMIERE REFERENTE COME CASE MANAGERS	44
4.3.2 L'EQUIPE MEDICA	46
4.3.3 LE NUOVE COMPETENZE MANAGERIALI DEGLI INFERMIERI	47
4.4 RIPENSARE L'HUMAN RESOURCE MANAGEMENT: UN APPROCCIO BASATO SULLE COMPETENZE	50
4.5 I SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI	50
<u>5. ALCUNI OIC IN ITALIA</u>	<u>52</u>
5.1 L'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ALANO PIAVE ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE DI SANTA MARIA DEL PRATO DI FELTRE, VENETO	52

5.2	L'OSPEDALE COSTA DI PORRETTA TERME, BOLOGNA	56
5.3	L'OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESÙ DI ROMA	58
5.4	L'OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA	58
6.	<u>RIFLESSIONI CONCLUSIVE</u>	<u>60</u>
7.	<u>BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA</u>	<u>64</u>

1. Introduzione

*“La dignità umana è inviolabile. Essa deve essere rispettata e tutelata.”
Articolo 1 – Carta dei Diritti Fondamentali dell’Unione Europea (2000)*

La *mission* dell’azienda ospedaliera è offrire al paziente servizi di diagnosi, di cura e di riabilitazione, garantendo disponibilità costante delle assistenze e delle prestazioni sanitarie necessarie, in tempi e costi ragionevoli.

Raggiungere tale obiettivo richiede una conoscenza approfondita dell’identità demografica nazionale, di essere in grado di sostenere investimenti nella tecnologia esistente e munirsi di personale fortemente preparato, in modo da poter far leva sulla cardinale risorsa del *know-how*.

Sostenere tale obiettivo significa, invece, saper considerare il vettore dinamico della vita di un’azienda sanitaria. Significa, dunque, rendere l’organizzazione sensibile ai segnali di cambiamento delle contingenze esterne e alle conseguenti inadeguatezze dei meccanismi interni.

Il contesto odierno è più complesso e pretenzioso rispetto al passato. Lo scenario operativo risente di due forze che esercitano la loro pressione in direzioni che per certi versi sono opposte: le innumerevoli *regole tecniche* dettate dall’ambito medico e rinnovate dal progresso scientifico, stimolano la progettazione in maniera espansiva, finché si imbattono nei vincoli di bilancio dettati dalle *regole amministrative* degli organi istituzionali, dal contesto geografico e dalle culture di sfondo.

L’evoluzione continua del volto tecnico della sanità comporta, inoltre, che le modalità e le metodologie di erogazione dei servizi debbano essere poste in discussione in maniera altrettanto costante, affinché l’azienda non si trovi mai impreparata né di fronte alle innovazioni internazionali apportate dal progresso tecnologico e medico, né alle mutazioni dei bisogni sanitari della popolazione italiana.

L’allineamento con le norme istituzionali trova fondamento, invece, nella sempre più stretta correlazione tra economia nazionale e andamento del settore sanitario: l’investimento nel SSN dipende dalla disponibilità di risorse pubbliche e private, dunque dal PIL del paese. (*Figura 1*)

La sanità è, infatti, soggetta alle fasi economiche di espansione e recessione esattamente come ogni altro settore. Ne deriva che la spesa sostenibile e l'amministrazione richiedono un costante riadattamento agli andamenti ciclici, per massimizzarne l'efficienza e minimizzare gli sprechi di risorse ed energie: è questo il ruolo dell'Healthcare Redesign, che si occupa di trovare soluzioni che conducano a percorsi di cura sempre più rapidi ed efficaci, scovando cause di rallentamenti e ritardi, di potenziali errori o pratiche evitabili. Un investimento fruttuoso in sanità ha la possibilità di *innescare meccanismi virtuosi* che apportano conseguenze favorevoli all'economia dell'intero paese, come innovazioni mediche, gestionali o tecnologiche, contribuendo al ritorno alla fase di espansione.

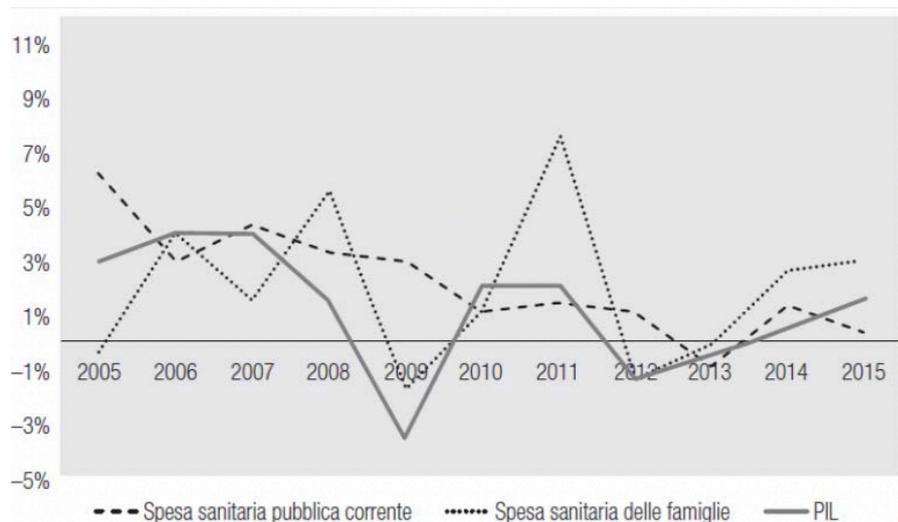


Figura 1 - Tassi di crescita % annuali di spesa sanitaria pubblica corrente, spesa privata e PIL, 2005-15. Fonte: Rapporto OASI 2016

La recessione dell'ultimo decennio ha portato conseguenze rilevanti nello scheletro della popolazione del nostro paese, facendosi accompagnare da trend epidemiologici in peggioramento.

Il sistema ospedaliero ha così invocato una rivalutazione strutturale che soddisfacesse le esigenze dell'Italia che cambia e che rispondesse in maniera ottimale e *personalizzata* al cittadino sempre più consapevole del suo diritto alla salute, procedendo di pari passo ad una progressiva aziendalizzazione della struttura sanitaria.

L'analisi che segue ha l'obiettivo di illustrare un particolare prodotto di questa metamorfosi: *il modello ospedaliero per intensità di cura*.

Il capitolo successivo si occupa di fornire un quadro generale dell'evoluzione dei bisogni che il Sistema Sanitario Nazionale deve soddisfare, identificando innanzitutto le peculiarità dell'azienda ospedaliera e riportando i principali trend demografici ed epidemiologici del nostro paese.

Il Capitolo Terzo esplica il background teorico alla base della riprogettazione, mentre il Quarto delinea i connotati fisici e fisiologici dell'Ospedale per Intensità di Cura. Infine, il Capitolo Cinque espone quattro esempi reali del nuovo modello ospedaliero, seguiti da alcune considerazioni deducibili dal processo sperimentale fin ora attuato nel nostro paese.

2. Le motivazioni del cambiamento

2.1 MUOVERSI IN UN SETTORE KNOWLEDGE-BASED

Alla base di qualsiasi riproposta organizzativa vi è l'analisi del settore in cui si opera e l'individuazione dei suoi fattori determinanti.

La medicina moderna si pratica all'interno di organizzazioni, in quanto è necessaria l'interdipendenza tra specialisti delle molteplici diramazioni di questa scienza. Il medico di patologia generale, o di famiglia, si rivolge quasi sempre ad altri colleghi specializzati nelle diverse discipline, i quali a loro volta, integrano le loro capacità con quelle di altri professionisti, unità sanitarie o ospedali presenti sul territorio. L'output risultante da questa sequenza di interazioni non è altro che il prodotto (e non la somma) delle competenze frammentate di specialisti: nel settore sanitario, il capitale per eccellenza è la conoscenza.

Come in tutti i settori *knowledge-based*, risulta vitale l'ottimizzazione della *trasferibilità* del sapere, sia tra organizzazioni che all'interno delle stesse. Questa si attua in maniera differente a seconda che la conoscenza sia di tipo *esplicito*, *tacito*.

La conoscenza esplicita è comunicabile, dunque facilmente trasferibile; la conoscenza tacita, conosciuta anche come *know-how*, è rivelata attraverso la sua applicazione e consolidata solo una volta che viene trasformata in routine. Il suo trasferimento richiede costi e tempo, con risultati sempre incerti (Kogut e Zander, 1992).

La letteratura recente si è protesa verso la "*knowledge-based view*", i cui principi ampliano l'orizzonte dello strategic management tradizionale, per allargare la visuale inquadrando anche la natura del coordinamento tra unità ed utenti.

L'accortezza nei confronti del trasferimento di conoscenza tacita ha richiesto un *business-process re-engineering* nello stesso identico *frame* delle tendenze industriali degli anni '90 (Hammer & Champy, 1992; Vera e Kuntz 2007; Vos et al, 2011): la rigidità della struttura gerarchica e l'accentramento del potere decisionale al vertice, di logica *top-down*, cede il suo posto ad un'attribuzione delle responsabilità che si articola orizzontalmente, che predilige il *lavoro in team* composti da specialisti nelle diverse discipline, il cui operato è diretto da un responsabile di processo. L'organicità di questo tipo di struttura sembra consentire al meglio sia la trasferibilità che

l'integrazione del know-how e valorizza molto di più le competenze ed il bagaglio conoscitivo del singolo dipendente.

Le correnti di pensiero più recenti sembrano infatti convergere tutte verso questa direzione, ossia che la rivoluzione strutturale debba indirizzarsi all'*integrazione* delle competenze specialistiche.

Il progresso della medicina richiede, di volta in volta, l'introduzione di nuove specializzazioni. Questo sempre più minuzioso perfezionamento delle conoscenze comporta una parallela specializzazione del lavoro con conseguente differenziazione dei processi interni. Da un lato, si velocizza il processo di apprendimento (lo specialista si focalizza su un campo più ristretto di applicazione) ma dall'altro si incrementa la frammentazione di competenze sia sul livello intra organizzativo che inter organizzativo.

E' proprio per questo motivo che il contesto ospedaliero vive delle frequentissime collaborazioni complesse e dinamiche tra i diversi livelli di attori che intervengono con ruoli e competenze, differenziate e specifiche, anche per rispondere ad un'unica esigenza di un solo paziente.

Queste due forze, la specializzazione da una parte e la corrispondente interdipendenza dall'altra, devono essere accuratamente bilanciate per consentire l'armonia tra unità e tra dipendenti. La formulazione strutturale che ci si propone di attuare deve ricomporre orizzontalmente le competenze specialistiche, scegliendo modelli di coordinamento più *snelli, meno formalizzati e più flessibili* e che, soprattutto, facciano coesistere più poli decisionali: i processi decisionali di un ospedale devono concretizzarsi, infatti, sia sotto la pressione dell'autonomia medica, che sotto l'obbligo di conformità a determinati standard di riferimento. Il potere decisionale deve essere però condiviso anche tra un'altra coppia di attori: medici ed infermieri. La complementarità delle loro conoscenze richiede che questi si trovino in un ambiente che consenta loro di instaurare relazioni a lungo termine e dunque massimizzare la performance di lavori in equipe.

E' evidente come il profilo progettuale che va delineandosi è molto complesso e lo scenario presenta un'innumerabile quantità di fattori critici da gestire accuratamente. La crescente attenzione nei confronti di strumenti di coordinamento che diano vita alla comunicazione orizzontale, alla socializzazione e ai meccanismi di natura informale, costituiscono le fondamenta dell'approccio relazionale, in cui la sovranità gerarchica viene sostituita dai fattori fiducia, reciprocità e altruismo tra collaboratori.

2.2 CAMBIAMENTI DEMOGRAFICI, SOCIOLOGICI, EPIDEMIOLOGICI E LE PATOLOGIE CONTEMPORANEE

La storia degli ultimi cinquant'anni del nostro paese, ha assistito ad una trasformazione demografica senza precedenti, come conseguenza di radicali mutamenti dello stile di vita della popolazione, delle scelte e delle abitudini.

La crisi economica dell'ultimo decennio ha avuto ripercussioni sulle decisioni di consumo e sulla domanda di beni e servizi, influenzando lo stato di salute, quello psicologico e le aspettative dei cittadini italiani.

Mettere a fuoco la struttura della popolazione per genere, età, livello di istruzione e molte altre caratteristiche è necessario per stabilire la graduatoria di priorità che il servizio sanitario pubblico si trova a dover soddisfare.

Si è innanzitutto verificato un cambiamento nel tessuto sociale.

Tradizionalmente, l'italiano è inquadrato per l'importanza data al complesso familiare, numeroso e composto da tanti figli. Ad oggi, però, il tasso di fecondità è radicalmente diminuito: è passato così dai 2,41 figli per donna nel 1961 all'1,35 nel 2015¹. Ancora oggi, in Italia, il 90% delle nascite avviene all'interno di famiglie legate dal vincolo coniugale. Dunque, tra le cause di *diminuzione delle nascite*, vi è la riduzione delle coppie che contraggono matrimonio.

La *numerosità della prole* è invece scesa per determinanti di carattere economico. Il tasso di disoccupazione, ad oggi ancora tra i più alti in Europa, gli stipendi rimasti uguali a quelli di vent'anni fa e la precarietà del lavoro, rendono le famiglie incapaci di sostenere economicamente più figli. Inoltre, dato il costo elevato di affidamento dei figli a terzi mentre si è a lavoro, le donne tendono a restare casalinghe, abbassando il reddito complessivo familiare e dunque impossibilitando il mantenimento di più di un figlio: l'Italia è il penultimo paese europeo per tasso di occupazione femminile (37%), seguito solo da Malta. Per introdurre riferimenti numerici, negli ultimi cinque anni sono nati 66 mila bambini in meno, ogni anno. E' evidente che la conseguente *diminuzione della popolazione naturale* è uno dei fenomeni più preoccupanti da risolvere.

¹ FONTE: ISTAT

Anni	Maschi	Femmine	Totale
1935	510.944	485.764	996.708
1945	419.485	396.193	815.678
1955	446.144	423.189	869.333
1965	508.775	481.683	990.458
1975	426.160	401.692	827.852
1985	296.721	280.624	577.345
1995	270.996	254.613	525.609
2005	283.497	265.613	549.110
2015	243.481	229.980	473.461

Figura 1 - Nati vivi della popolazione residente per sesso. Fonte: Istat

Si osserva parallelamente una transizione da circa 20 milioni di abitanti per il primo censimento del 1861, a più di 60 milioni di abitanti². Sebbene la popolazione naturale sia diminuita, è stato il *saldo migratorio* ad apportare questo incremento demografico così rilevante.

La terza caratteristica che ha inciso sull'identità demografica Italiana è l'innalzamento dell'aspettativa di vita alla nascita. Ad oggi, essa si aggira attorno agli 80,3 anni per gli uomini ed 85 per le donne, comportando un aumento del 21,7% degli over 65 e una diminuzione del 13,8% degli under 15. In particolare, aumentano ogni anno gli over 80, che costituiscono il 6,5% della popolazione. Nel 2014 si contavano 19.000 ultracentenari, di cui in età che supera i 105 anni sono più di 800.

Queste tre determinanti apportano un complessivo invecchiamento della popolazione, con conseguenze drastiche sugli equilibri sanitari e previdenziali che gravano sulle spalle della popolazione attiva.

Una popolazione in età più avanzata incide sulla domanda di assistenze sanitarie e sulle modalità in cui queste debbano essere erogate: aumentano i casi di patologie cronico-degenerative il cui trattamento consiste maggiormente nel *mantenimento* di uno stato di salute stabile rispetto alle malattie acute.

2 FONTE: ISTAT – “POPOLAZIONE”, 2 DICEMBRE 2016, <http://www.istat.it/it/files/2016/12/2-popolazione.pdf>

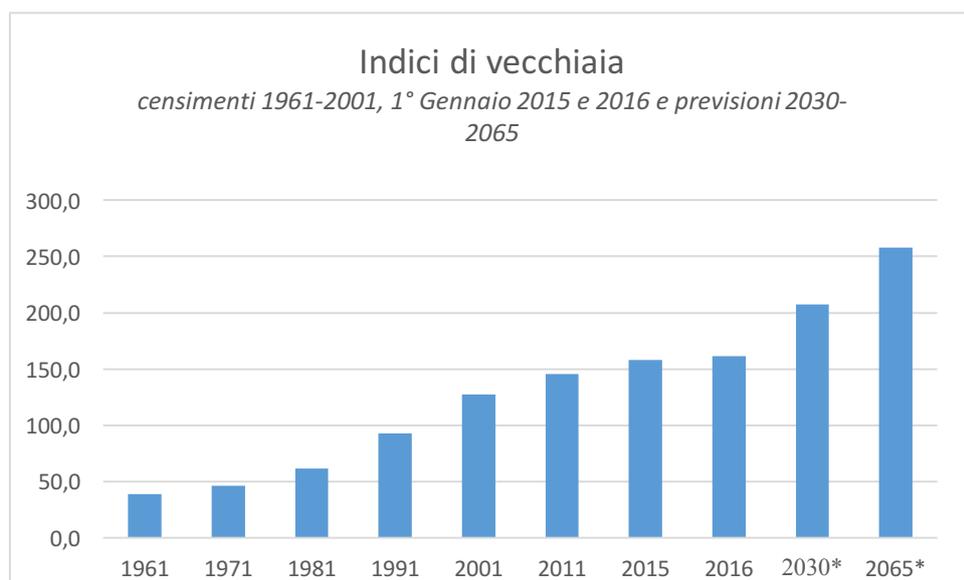


Figura 2 – Fonte: Istat

La prevalenza di cronicità sullo stato di salute dell’anziano è aumentata del 50% negli ultimi 10 anni³.

Sia le malattie della senescenza che le malattie a morbilità elevata possono essere affrontate secondo un’ottica di prevenzione, o di ritardo della disabilità. Le più frequenti sono: osteoporosi, osteoartrosi, diabete, malattie cardiovascolari, depressione, morbo di Alzheimer, morbo di Parkinson, tumori (seno, cervice uterina, colon retto), BPCO e disabilità fisica, psichica e mentale.

³ FONTE: RAPPORTO OSMED, 2014

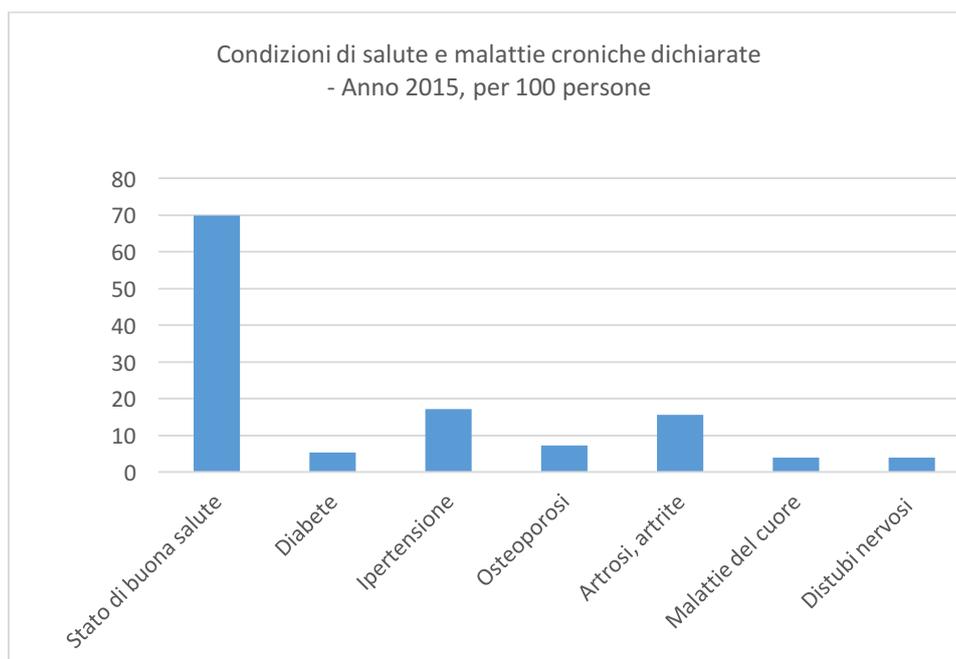


Figura 3 - Fonte: Istat

La demenza interessa dall'1 al 5% della popolazione sopra i 65 anni, la cui prevalenza raddoppia ogni quattro anni: giunge ad una percentuale del 30% a 80 anni. In Italia si contano circa 500 mila pazienti affetti da Alzheimer.

La fascia anziana è maggiormente a rischio di depressione e suicidio, un fenomeno attenuabile ricorrendo a misure che incentivino l'attività fisica, la socializzazione e interventi domiciliari da parte di assistenti socio-sanitari.

All'età è legato il costo dell'assistenza: il consumo di un individuo over 75 supera di undici volte quello di un soggetto con età compresa tra i 25 e i 34 anni.

Emerge inoltre un enorme sforzo per la spesa di farmaci oncologici da parte del Sistema Sanitario Nazionale, documentando un aumento di casi tumorali.

Gestire pazienti affetti da patologie croniche richiede monitoraggi più frequenti, ottiche a lungo termine ma allo stesso tempo strutture meno complesse, rispetto ai pazienti delle aree critiche. E' necessario trovare una soluzione che integri le risposte a queste due differenti tipologie cliniche dato che il percorso di cura del ricoverato, nella maggior parte dei casi, si alterna tra fasi di criticità e fasi di stabilità, inserite nel contesto della cronicità.

Per la natura di questo tipo di malattia, la formulazione progettuale deve estendersi anche alle fasi che precedono e che seguono il momento di assistenza ospedaliera. Sarebbe scorretto concepire prevenzione e autoterapia come processi dislocati dal

contesto ospedaliero, che infatti deve estendere il suo orizzonte di sollecitazione anche agli enti territoriali che supportano queste fasi, in una logica a rete.⁴

2.3 I NUOVI BISOGNI DEL PAZIENTE

Nel quadro sintetizzato nei paragrafi precedenti, ci siamo soffermati sull'aumento delle malattie croniche e dunque della necessità di adattamento dell'assistenza medica e infermieristica, in una sintesi che toccasse quasi esclusivamente l'aspetto clinico. Dal profilo tracciato però, ci rendiamo conto che il bisogno del paziente odierno si colloca in un contesto intermedio tra il *sociale* e il *sanitario*.

La nostra analisi va effettuata anche considerando la prospettiva del paziente stesso, il quale, nel corso dei decenni, ha gradualmente mutato i suoi comportamenti e le sue pretese e, soprattutto, è diventato molto più consapevole dei suoi bisogni di salute e del suo diritto alla stessa.

Basta dare un rapido sguardo alla società che ci circonda per accorgerci che l'attenzione per l'attività fisica, per la corretta alimentazione, per la riduzione dello stress e, talvolta, anche per la prevenzione, appartengono a quella che potremmo definire una "nuova generazione di pazienti"⁵.

Il cittadino medio è più informato, ha accesso rapido ed immediato a nozioni che fino a pochi anni fa erano di competenza esclusiva di medici e specialisti e questo nuovo atteggiamento richiede una maggiore sinergia e una rivalutazione del legame medico-paziente. L'individuo che partecipa al processo decisionale, accetta le decisioni prese e resta fedele al trattamento scelto, migliorando i risultati clinici.

Il paziente moderno ha modificato, o può potenzialmente modificare, la sua posizione passiva per conquistare un *ruolo pro-attivo* nella gestione della sua salute, prediligendo stili di vita adeguati completi di esercizio fisico e sana alimentazione. Lo strumento informativo costituisce quindi un'arma importantissima per il sistema sanitario il quale, con operazioni mirate alla corretta formazione e preparazione del cittadino, potrebbe, nel lungo termine, beneficiare della minore domanda di assistenza sanitaria. Il paziente, in questo contesto, non si accontenta più ormai di spiegazioni sintetiche della malattia da cui è affetto o della cura che il medico sceglie di implementare. Egli

4 AMERICO CICCETTI, I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - ORIGINI, EVOLUZIONE, PROSPETTIVE. FRANCOANGELI/SANITÀ 2012

5 AUGUSTO MONACHESI - RESPONSABILE DEL FONDO ASIM

pretende, invece, che il medico impieghi una buona parte del suo tempo per enunciare chiaramente le conclusioni a cui è giunto, le motivazioni alla base delle scelte fatte e le conseguenze possibili. Ha la possibilità di ottenere queste informazioni da fonti alternative, più o meno affidabili, dunque se non viene soddisfatto si va incontro a perdite di tempo, screditamento delle figure professionali, colpevolizzazione e mancanza del *rapporto fiduciario paziente-medico*.

Rafforzare la comunicazione tra questi due soggetti è un altro degli obiettivi più importanti che deve porsi la riprogettazione organizzativa ospedaliera odierna.

2.4 UNO SGUARDO AL MODELLO TRADIZIONALE E I LIMITI RISCOINTRATI

Peter Drucker si riferiva al livello di professionalità del personale sanitario, all'autonomia discrezionale lasciata a medici e infermieri e alla pretesa di qualità da parte della società, quando, in un articolo del Business Harvard Review del 1988 affermava che *“Le aziende da qui a 20 anni, assomiglieranno molto più ad ospedali o ad orchestre sinfoniche che alle tradizionali aziende manifatturiere”*.

E' curioso però come, ad oggi, si avverta un'inversione di tendenza, in quanto è l'ospedale che appare riproporsi sempre più ad immagine e somiglianza di un'impresa più che il contrario⁶.

Il modello di ospedale tradizionale si basa sulla *divisione del sapere e del lavoro*. La figura centrale è occupata dal *medico*, il quale è il motore vero e proprio del processo decisionale e gode della massima discrezionalità. Le decisioni cliniche sono dunque totalmente decentrate rispetto alle decisioni amministrative/gestionali, le quali sono affidate al vertice amministrativo. Le equìpe esistono, ma hanno validità solo all'interno di ogni singola disciplina, sottoposta ad un controllo gerarchico di tipo verticale.

Questo modello strutturale iniziò a manifestare i suoi primi sintomi di inadeguatezza negli Usa, già negli anni '60. Fu il decennio in cui comparvero branche di insegnamento più specializzate, come la gastroenterologia o la chirurgia toracica, e si resero disponibili tecnologie complesse per diagnosi e terapie: il primo trapianto di rene si ebbe nel 1954; quattro anni dopo si utilizzavano per la prima volta gli ultrasuoni

⁶ AMERICO CICCETTI - L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE. FRA TRADIZIONE E STRATEGIE PER IL FUTURO. FRANCOANGELI/SANITÀ 2002

per visualizzare un feto e si impiantò il primo pace-maker. La medicina superava limiti fino a quel momento inimmaginabili e la figura del medico come singolo professionista che lavorava solo grazie al proprio intelletto cedeva il posto alla valorizzazione della forza dell'equipe.

Fu così che nei decenni successivi, negli Stati Uniti ebbe successo la condivisione di risorse in un modello di tipo dipartimentale, secondo il metodo della Progressive Patient Care per soddisfare bisogni assistenziali sempre più pretenziosi.

Il Regno Unito importò in Europa, dal modello Statunitense, la condivisione delle risorse, dei posti letto e delle tecnologie; nel nostro paese, però, dove le unità operative erano costituite in base al numero dei letti, trascurando anche le variabili inter-relazionali, la logica funzionale mostrò i suoi primi segni di crisi solo negli anni '80. La legge n.32 del 1968, infatti, indicava che il modello organizzativo ospedaliero dovesse avere una suddivisione di tipo funzionale.

Gli anni a seguire videro dei primi cenni all'idea di dipartimentalizzazione. Nel 1969, il D.p.r n°128 stabilì che << *Le amministrazioni ospedaliere possono realizzare, nell'ambito di ciascun ospedale, strutture organizzative a tipo dipartimentale tra le divisioni, sezioni e servizi affini e complementari al fine della loro migliore efficienza operativa, dell'economia di gestione e del processo tecnico e scientifico*>>.

La legge 148/1975 definì il dipartimento come luogo di incontro tra funzioni territoriali e competenze multidisciplinari mentre una Disciplina del Regolamento del dipartimento venne rilasciata solamente nel 1976.

Negli anni '80, lo sconvolgimento apportato dalla conoscenza al pubblico di malattie come l'HIV, spalancò le porte ad una richiesta di assistenza che prestasse attenzioni in maniera sempre più complessa, costante e mirata anche al supporto psicologico del paziente; le specializzazioni iniziarono a presentare sovrapposizioni e i bisogni del paziente assunsero un ruolo sempre più rilevante, anche grazie ai primi interessi, nel nostro paese, nei confronti della "sociologia medica", grazie agli studi di Achille Ardigò: l'autore fu il primo ad attribuire alla sociologia un ruolo determinante e imprescindibile all'interno del mondo della medicina.

Egli propose un superamento dell'approccio struttural-funzionalista per allargare la visione ad un campo che si preoccupasse anche degli aspetti più soggettivi, secondo una prospettiva antropologica e dunque psicologica del rapporto tra società e salute.

La sociologia medica italiana introdusse proprio l'attenzione nei confronti del rapporto tra medico e paziente e sul rapporto tra medico e infermieri⁷.

I modelli tradizionali si sono trovati così impreparati di fronte alla sempre più spiccata *dinamicità* del settore, manifestando problematiche come duplicazioni di ruoli, ritardi, inefficienze nell'impiego del personale, causati spesso da inadeguatezza ed insufficienza di comunicazione.

Un cambiamento netto si ebbe nel 1992, con il *D.Lgs n° 502*, in cui si cercò di rispondere all'insostenibilità dei finanziamenti e ai problemi del Sistema Sanitario Nazionale introducendo tre principi cardine: l'aziendalizzazione dell'ospedale, l'orientamento al "mercato" e la distribuzione di responsabilità alle regioni.

Le Unità Sanitarie Locali vennero dotate di personalità giuridica come conseguenza di acquisto della natura aziendale. Gli organi costituenti sono il direttore generale e il collegio dei revisori. Il primo ha potere esecutivo e rappresentanza legale. E' sostenuto da un direttore sanitario e uno amministrativo e nominato dal presidente della Giunta regionale. La sua carica dura 5 anni ed ha il dovere di assicurare il buon andamento, sia amministrativo che tecnico.

Il collegio dei revisori è nominato invece dal Direttore Generale, che sceglie i membri da una lista generata dal ministero competente, dal sindaco e dalla regione. E' competente per la verifica della contabilità e esamina il bilancio di previsione.

Lo Stato definisce nel Piano Sanitario Nazionale, una quota da consegnare alle regioni che a loro volta distribuiscono le risorse alle aziende. Le regioni non possono più rivolgersi allo Stato per il risanamento dei disavanzi, in modo da incentivare una maggior parsimonia nelle spese, ma possono sfruttare alcuni strumenti di finanziamento alternativi, quali proprie risorse economiche o entrate dirette delle strutture. La responsabilità ricade sulla governance della singola azienda. Venne riconosciuta poi *l'intramoenia*, ossia l'insieme delle prestazioni erogate straordinariamente dai medici ospedalieri, non considerate appartenenti ai turni di lavoro prestabiliti. Essi utilizzano le strutture ambulatoriali e diagnostiche dell'ospedale, in seguito al pagamento da parte del paziente di una tariffa, racchiudendo dunque in un contesto ospedaliero servizi che non fanno strettamente parte del ricovero per acuzie.

⁷ AMERICO CICCETTI, L'ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE. FRA TRADIZIONE E STRATEGIE PER IL FUTURO. FRANCOANGELI/SANITÀ 2002

Il decreto stabilì che le nuove aziende sanitarie andassero organizzate proprio secondo il *modello dipartimentale*.

Un dipartimento è “*un’organizzazione integrata di unità operative omogenee, affini o complementari, ciascuna con obiettivi specifici, ma che concorrono al perseguimento di comuni obiettivi di salute*”⁸.

Consiste, quindi in un settore specialistico contenente un insieme coordinato di reparti complementari e correlati. Esempi sono il Dipartimento di Chirurgia, di Oncologia, di Cardiologia e così via.

Lo scopo della dipartimentalizzazione del '92 era la riorganizzazione e l’ottimizzazione della struttura e delle risorse umane, contenendo i costi ma migliorando il servizio offerto al cittadino. La scelta ricadde non solo sullo scheletro delle organizzazioni, ma anche sulla logistica e sull’utilizzo delle apparecchiature di alto costo.

Fino al 1992, la progettazione organizzativa ospedaliera era la risultante delle forze normative generate dai poteri istituzionali. L’avvio del processo di aziendalizzazione fece entrare in crisi questo equilibrio dato dalle imposizioni dettate da una logica *top-down*, esattamente allo stesso modo in cui, a livello internazionale, si trovavano superate le teorie Tayloriste, Fordiste e burocratiche appartenenti all’industria manifatturiera: le imprese richiedevano flessibilità in risposta alla dinamicizzazione della domanda, alla necessità di personalizzazione dell’output e al maggiore rilievo dato al capitale intellettuale.

Un piano di logistica ospedaliera deve tener presente la simultaneità delle due fasi di produzione e consumo: i servizi devono spesso essere forniti nel preciso istante in cui sono richiesti. Proprio per questa peculiarità, la gestione della capacità produttiva di un ospedale richiede ancor più alti livelli di flessibilità di fornitura dei servizi rispetto agli altri settori, per cercare di attenuare il più possibile gli ostacoli riscontrabili per la variabilità della domanda e per l’imprevedibilità sia quantitativa che temporale. L’implementazione del modello dipartimentale fu difficoltosa a causa della natura delle condizioni contrattuali della professione medica, per cui gli anni '90 videro attuati differenti tentativi di Healthcare Redesign, mettendo in pratica processi come *down-sizing* e *re-engineering* per ridimensionare l’azienda, o *de-layering* per abbattere le gerarchie. In alcuni casi si optò per una collaborazione tra pubblico e privato,

⁸ MINISTERO DELLA SALUTE, IL DIPARTIMENTO, WWW.SALUTE.GOV.IT, 23 FEBBRAIO 2005

esternalizzando determinate procedure non prettamente sanitarie. Si iniziò così il processo di transizione in cui le strutture si dotavano di maggiore autonomia manageriale, pur presentando difficoltà ad instaurare collaborazioni di tipo multidisciplinare. I dipartimenti venivano infatti spesso suddivisi in base alla specializzazione clinica, non distaccandosi quindi sufficientemente dal modello funzionale.

La personalizzazione dell'output riguardò l'azienda sanitaria esattamente come quella manifatturiera. In chiave sanitaria, personalizzare l'output significa fornire un servizio modellato attorno alla persona del richiedente, ascoltandone i bisogni personali contemporaneamente con l'elaborazione delle diagnosi cliniche, prestando attenzione al background sociale, culturale e economico dell'individuo. Fu in questo contesto, infatti, che ci si avvicinò ad un approccio più orientato al paziente, ispirato dal modello Britannico.

L'elevatissima variabilità che caratterizza la domanda di assistenza clinica rende estremamente difficile erogare servizi personalizzati. Qualsiasi risorsa è priva di valore se non si è in grado di rispondere con tempestività ad una domanda così differenziata e, per la stragrande maggioranza dei casi, imprevedibile. Pianificare il lavoro è difficile sia per la notevole autonomia di cui godono i professionisti, sia per la quantità di operazioni effettuate in condizioni di urgenza. Nonostante la maggiore flessibilità apportata dal sistema dipartimentale, questa variabilità è apparsa comunque difficilmente sostenibile: i dipartimenti non sono infatti tarati per tipologia di assistenza ma per patologia prevalente, per cui il livello di assistenza fornito può spesso non coincidere al fabbisogno effettivo.

Il disallineamento può prendere due forme, note come *l'effetto tetto* e *l'effetto pavimento*. L'effetto tetto si presenta quando un utente con elevati bisogni è inserito in un "sistema a bassa offerta" e tende a stressare il meccanismo, ottenendo più assistenza di altri utenti ricoverati, senza comunque ottenere mai quella di cui necessita (assistenza inadeguata).

L'effetto pavimento, si ha quando un utente con bisogni modesti è inserito in un contesto di "alta offerta", ricevendo una quota di assistenza superiore alla necessaria, sia dal punto di vista quantitativo (minuti aspecifici) che qualitativo (minuti specifici) – spreco di risorse.⁹

9 OSPEDALE DI FELTRE (BL) ORGANIZZAZIONE PER INTENSITA' DI CURE, INTERVISTA AL DOTT. GIANCARLO PARISI - OSPITE A "MEDICINA A CONFRONTO", 3 MARZO 2012

Per rispondere al bisogno di questo tipo di efficienza, risulta fondamentale indirizzare il ciclo di cura verso un'ottica globale, a partire dal primo accesso del paziente alla cura fino al congedo, seguendolo nella fase di mantenimento, al posto di fasi interrotte e suddivise di un percorso.

E' interessante osservare come nel tempo si sia affermata una solida collaborazione tra medici e progettisti (architetti o ingegneri), con lo scopo di dar vita a spazi che consentissero fluidità di lavoro e il mantenimento di standard di igiene sempre più elevati. Il rapporto tra le due classi di attori è andato stringendosi sempre più, a fronte dell'innalzamento dei costi degli strumenti tecnologici di cui l'azienda fa uso.

3. Gli approcci teorici

Un individuo che manifesta dei sintomi che indicano un discostamento dallo stato di salute, si reca da una serie di specialisti allocati in studi medici differenti; se necessita del ricovero ospedaliero, la sua permanenza all'interno della struttura può di frequente essere disturbata da diversi spostamenti da un reparto all'altro in base alla disponibilità dei posti letto o alla fase di degenza in atto; la riabilitazione finale, se necessaria, viene spesso delegata ad altre sedi e, in alternativa, la terapia a casa post-ricovero è lasciata in mano a familiari o badanti.

La percezione di *frammentazione* del percorso di cura e lo spreco di risorse che avviene nelle fasi di transazione, sono due questioni che hanno portato i trend organizzativi moderni a ricercare una maggiore linearità nello svolgimento del processo terapeutico: concetti come il “*principio di continuità della cura*”, l’*“integrazione dei servizi”*, “*case management*” o la “*coordinazione della cura*” si sono radicati nelle reazioni dell’Healthcare Redesign dei periodi più recenti.

3.1 *IL PRINCIPIO DI CONTINUITÀ DELLA CURA*

Il *Principio di continuità della cura* è un tema molto ricorrente in letteratura, dibattuto e descritto di frequente, ma raramente *definito*. Per rappresentarlo nella maniera più esaustiva possibile, presentiamo il fenomeno in un’ottica multidisciplinare, analizzandone il significato in quattro differenti ambiti medici: l’assistenza medica di base, la salute mentale, l’infermieristica e la cura clinica.¹⁰

Nell’ambito dell’*assistenza medica di base*, la continuità della cura è interpretata principalmente come l’estensione della relazione medico-paziente al di fuori del momento in cui si manifesta e perdura la malattia, concretizzandosi in un legame di *fedeltà tacita* del paziente nei confronti del medico e di *responsabilità clinica* del medico nei confronti del malato. Questo legame bidirezionale si nutre man mano di

10 [180685 – EV]

HAGGERTY JL, REID RJ, FREEMAN GK, STARFIELD BH, ADAIR CE, MCKENDRY R. CONTINUITY OF CARE: A MULTIDISCIPLINARY REVIEW. BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL. 2003; 327(7425):1219-1221

una comunicazione che diventa sempre più efficace, di un irrobustimento della fiducia e di un senso di responsabilità che va consolidandosi.

In ambito *psichiatrico*, la letteratura pone la sua enfasi sul coordinamento dei servizi e sulla stabilità, nel tempo, del rapporto medico-paziente. Generalmente, a differenza dell'assistenza primaria, la relazione non si costituisce con un singolo medico ma con un'equipe. Il piano di cura coinvolge più professionisti che sono coordinati e guidati in base ad un obiettivo comune.

La redazione del piano di cura è un passaggio fondamentale per collegare le terapie passate con i bisogni futuri. Questi piani devono essere ideati in modo da lasciare un margine di flessibilità che consenta di rispondere alle esigenze nuove che si presentano, mano a mano, lungo la terapia a cui il paziente si sottopone.

Tra i compiti che vengono integrati nel programma, sovente si considerano anche servizi che riguardano problemi di natura sociale, quali la scelta di un'abitazione appropriata o l'offerta di un posto di lavoro. Le *funzioni sociali* svolte dai referenti dei pazienti psichiatrici sono importanti esattamente quanto quelle cliniche.

La *continuità del contatto* con il paziente è da sempre un aspetto caratterizzante la terapia psichiatrica, e deve essere sostenuta da monitoraggi costanti e dalla garanzia di accesso facilitato ai servizi necessari.

La *disciplina infermieristica*, che sarà analizzata più dettagliatamente nei capitoli successivi, coordina le fasi, trasferisce informazioni, e supporta le attività cliniche. Nei modelli tradizionali, l'infermiere è la figura che sembra concretizzare, più di ogni altra, la personalizzazione del trattamento, l'avvicinamento ai bisogni umani del paziente e la piena disponibilità di sostegno. In aggiunta, è lo staff infermieristico che si occupa generalmente di mettere al corrente i familiari delle procedure relative alla pianificazione del congedo e della transizione a una comunità o all'autoterapia. La presa in carico degli aspetti più generalisti, e spesso anche gestionali, fanno sì che in letteratura si trovino molti riferimenti alla continuità della cura in questo ambito.

La *continuità clinica*, come anticipato, è emersa concettualmente per la prima volta negli anni '80, in risposta all'aumento di casi di malattie di lunga degenza come l'AIDS, il diabete, malattie cardiovascolari e tumori. In questo contesto, la continuità è interpretata come la combinazione di servizi che, seppur forniti da utenti diversi, che operano secondo un processo coerente e logico.

Questi quattro ambiti, anche se molto diversi tra loro, presentano due elementi ricorrenti: l'intento di *modellare l'operato attorno a paziente* e la *protrazione di questo obiettivo nel tempo*.

Il primo aspetto distingue il *principio di continuità della cura* dalla mera integrazione e coordinazione di servizi: l'unità di misura del principio in questione è, e resta sempre, l'individuo, indipendentemente dal criterio allocativo adottato all'interno della struttura.

L'ottica di lungo termine, invece, appartiene alla natura intrinseca della continuità, a prescindere dalla durata effettiva del processo terapeutico, distinguendo il *Principio* dal semplice perfezionamento di altri momenti organizzativi come il miglioramento della qualità della comunicazione interpersonale nei singoli incontri.

Questi due requisiti sono necessari affinché vi sia continuità, ma da soli non sono sufficienti.

Un corretto *scambio di informazioni* costituisce un ulteriore fattore che consente di mettere in pratica un processo fluido e continuo, correlando sia i diversi fornitori che le fasi della terapia con le loro successive.

Posto che gli scambi avvengano in modo da mantenere verità, completezza e correttezza, più informazioni vengono scambiate e meno le transizioni risentiranno delle asimmetrie informative tipiche del rapporto *principale-agente*. Queste informazioni possono riguardare non solo il quadro clinico, ma anche quello personale del paziente.

Il professionista utilizza i dati di cui dispone e li integra con le conoscenze ottenute nel corso della sua carriera, dai casi simili già trattati (procedura di apprendimento propria della *learning organization*) e implementa quella che crede essere la cura più adeguata. Più il professionista è in grado di tenere conto anche delle preferenze, dei valori e del contesto socio-culturale del paziente, e più il percorso scelto verrà apprezzato dall'assistito e dai suoi familiari, perfezionando il rapporto fiduciario. Questa classe aggiuntiva di informazioni si ricava solo in seguito ad un'interazione diretta e continua con il paziente, dunque con una presa in carico che si protragga per più tempo, oltre la singola attività clinica.

La gestione dell'assistito deve *conformarsi, adeguarsi e reinventarsi* in base all'evoluzione dei bisogni che egli presenta, altrimenti non si può parlare di continuità della cura. Nei casi pluri-patologici in cui intervengono più specialisti, si corre il rischio che questi decidano di mettere in atto pratiche contrastanti tra di loro, con

conseguenze tragiche sia per il dispendio di risorse aggiuntive che per l'esperienza del paziente stesso. Ogni medico deve possedere un quadro completo della situazione in cui è chiamato a intervenire, in modo da mettere in pratica le proprie competenze professionali e ottenere la fiducia sia dei pazienti che degli altri membri dell'equipe. La *continuità relazionale* che a cui si dà così forma, va individuata quindi non solo nella connessione tra il medico e il paziente, ma anche all'interno dell'equipe stessa.

Riassumendo, possiamo identificare la continuità con il grado di connessione e coerenza tra l'erogazione dei differenti servizi sanitari e i bisogni assistenziali di un paziente¹¹. Il risultato è tanto migliore quanto più fluido è il meccanismo e quanto più il paziente stesso è propenso all'accettazione del trattamento. La continuità della cura esiste, però, se e solo se essa viene *percepita* dal paziente e dalla famiglia che lo circonda: il paziente deve accorgersi e sentire che i medici e gli infermieri che man mano entrano nel suo percorso sono a piena conoscenza delle sue vicende passate, che siano d'accordo e aggiornati sull'intero piano redatto e che sia previsto in anticipo l'affidamento per le fasi ancora non affrontate. I percorsi di cura e le figure dei case manager non appartengono di per sé al *Principio* di continuità della cura, ma costituiscono validi strumenti da utilizzare per convertirlo da un'astratta formulazione teorica ad un metodo concreto e praticabile.

3.2 *IL PROGRESSIVE PATIENT CARE MODEL*

Il Progressive Patient Care model (PPC) è una forma di progettazione organizzativa ospedaliera, secondo cui i pazienti devono essere raggruppati e disposti all'interno dei diversi settori in base al grado di complessità della situazione che presentano, in maniera diversa dalla più tradizionale allocazione nei reparti sulla base della patologia prevalente.

Le prime formulazioni di questo modello trovano le loro origini nella teoria dei processi di Markov¹², in cui si riteneva che gli esiti futuri del paziente dipendessero

11 HAGGERTY JL, REID RJ, FREEMAN GK, STARFIELD BH, ADAIR CE, MCKENDRY R. CONTINUITY OF CARE: A MULTIDISCIPLINARY REVIEW. BMJ : BRITISH MEDICAL JOURNAL. 2003; 327(7425):1219-1221.

12 LA NOZIONE DI "PROCESSO DI MARKOV" FU ESPLICATA DAL MATEMATICO RUSSO A.A. MARKOV (1856- 1922) IN UNA SERIE DI ARTICOLI, IL PRIMO DEI QUALI RISALE AL 1906, DEDICATI ALLO STUDIO DI UNA SERIE DI SEQUENZE DI VARIABILI ALEATORIE CONNESSE DA RELAZIONI DI DIPENDENZA DEBOLE. LO SCOPO DELLO STUDIO ERA ESTENDERE

solo dalla posizione occupata negli stadi appena precedenti. L'esperienza portò poi ad allontanarsi da questo assunto teorico, in quanto gli stadi delle patologie mostravano essere correlati all'intera successione che li aveva anticipati, a partire dal reparto di accesso.

Storicamente, il modello progressivo andò affermandosi negli Stati Uniti negli anni Cinquanta e fu poi esportato nel Regno Unito e in altri paesi anglosassoni. In un articolo del 1959, scritto da Jack C. Haldeman,¹³ si trovano i presupposti di una riprogettazione ospedaliera all'interno del sistema sanitario Statunitense. L'autore evidenziava la correlazione tra innovazioni delle richieste di assistenza e l'introduzione di nuove tecnologie, conseguentemente al progredire delle scoperte scientifiche e ai cambiamenti demografici. Secondo Haldeman, se non si fosse proposta una nuova strategia, i costi delle strutture si sarebbero alzati spropositatamente al variare della domanda.

Contemporaneamente, Abdellah e alcuni suoi co-autori rilevarono l'insoddisfazione di alcuni pazienti per aver ricevuto mediamente diciotto minuti di assistenza da parte del personale degli infermieri, la cui giornata lavorativa complessiva di otto ore.¹⁴

ALLE SITUAZIONI DI DIPENDENZA DEBOLE LE PROPRIETÀ ASINTOTICHE VALIDE NELL'IPOTESI DI INDIPENDENZA DELLE VARIABILI. IL GRADO DI DIPENDENZA QUI CONSIDERATO STABILISCE CHE ALL'INTERNO DELLA SUCCESSIONE, IL VALORE ASSUNTO DA OGNI VARIABILE DIPENDE INTERAMENTE DALLA PRECEDENTE.

13 HALDEMAN J. C., « PROGRESSIVE PATIENT CENTERED CARE: A CHALLENGE TO HOSPITALS AND HEALTH AGENCIES », PUBLIC HEALTH REPORTS, PP. 405-409, MAGGIO 1959

14 ABDELLAH F. G. « OVERVIEW OF NURSING RESEARCH 1955-1968, PART I. » NURSING RESEARCH JAN/FEB 1970, VOLUME 19 ISSUE 1

La definizione della PPC è andata riproponendosi e ampliandosi continuamente fino al giorno d'oggi ma, come si può vedere dal riquadro, i concetti di base restano insensibili al passare del tempo: i pazienti sono categorizzati in base ai loro bisogni clinico-assistenziali, attorno ai quali ruota la struttura organizzativa e l'erogazione dei servizi assistenziali.

- *La PPC è l'organizzazione di strutture, servizi, e personale vicino alle necessità cliniche e assistenziali del paziente. (Haldeman, 1959)*
- *La PPC può essere definita semplicemente come una classificazione sistematica che si fonda sulla suddivisione dei pazienti in base alle loro necessità mediche e infermieristiche (Ingram, 1960);*
- *La PPC è il raggruppamento sistematico dei pazienti in base al loro grado di malattia e dipendenza assistenziale (Raven, 1962);*
- *La PPC rappresenta un nuovo approccio di assistenza al paziente attraverso un raggruppamento basato sui bisogni medici e infermieristici dei pazienti piuttosto che in base alle categorie delle malattie o delle stanze. Riorganizzazione di servizi e personale attorno ai bisogni medici ed infermieristici dei pazienti (Abdellah et al., 1959);*
- *La PPC è la classificazione dei pazienti in accordo con i loro bisogni medici e infermieristici. Tali bisogni cambiano durante la degenza del paziente. Il risultato di sei anni di ricerche è stato recentemente pubblicato in America e il PPC è ora descritto come "il tipo di servizio ospedaliero che incontra i bisogni dei pazienti" e "il paziente giusto nel giusto letto con i servizi giusti nel tempo giusto" (U.S. Dept. of Health, 1962; Irvine, 1963);*
- *La migliore assistenza al paziente possibile al costo più basso (Pearson et al., 1975);*
- *La PPC è un sistema di organizzazione delle cure dei pazienti nella quale i pazienti sono raggruppati in unità a seconda dei propri bisogni come determinato dal loro livello di malattia (Ridley, 1998).*

Figura 4 - differenti definizioni della PPC model nel corso degli anni.

Fonte: Guarinoni M.G., Motta P.C., Petrucci C., Lancia L, «Progressive Patient Care e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: revisione narrativa della letteratura» Professioni Infermieristiche, vol. 66, n. 4, Ottobre-Dicembre 2013

I criteri di raggruppamento possono essere di vario genere, come il livello di assistenza necessaria, la gravosità della situazione, la durata di permanenza in ospedale o il grado di emergenza, con lo scopo di velocizzare le procedure, ridurre attese e affollamenti¹⁵. Il Servizio di Salute Pubblica Statunitense riconosce *cinque gradi di assistenzialità: Intensive Care, Intermediate Care, Self-care, Long Term Care e Organized Home care*¹⁶.

¹⁵ IRENE GABUTTI, DANIELE MASCIA, AMERICO CICCHETTI. EXPLORING "PATIENT-CENTERED" HOSPITALS: A SYSTEMATIC REVIEW TO UNDERSTAND CHANGE. BMC HEALTH SERVICES RESEARCH. 22 MAGGIO 2017

¹⁶ PATTERSON, 1960

- I. INTENSIVE CARE: vi appartengono i pazienti in condizioni molto critiche e che necessitano di assistenza, osservazione e monitoraggio continui da parte di uno staff infermieristico numeroso e con un portfolio di esperienze consistente.
- II. INTERMEDIATE CARE: i pazienti non sono in pericolo di vita e la loro situazione non è d'emergenza. La quantità di assistenza infermieristica è contenuta e si conosce sufficientemente la situazione per redigere un piano di cura esaustivo (Haldeman, 1959). I pazienti in questo stadio devono essere accuratamente informati e preparati ad affrontare la propria condizione di cronicità (Abdellah, 1959). Una grande quantità di pazienti appartenenti a questa categoria sono affetti da patologie terminali.
- III. SELF CARE: Vengono definite sezioni di tipo "alberghiero" (Haldeman, 1959). Vi si trovano pazienti da diagnosticare o che necessitano di cure di tipo terapeutico. Sono autosufficienti per le attività quotidiane e l'assistenza primaria è di tipo educativo (Abdellah, 1959). Spesso costituisce una transizione tra l'ospedale e il domicilio.
- IV. LONG TERM CARE: in questa unità paziente ed infermiere redigono il piano assistenziale in maniera congiunta (Abdellah, 1959) ma, distinguendosi per l'ottica temporale, è difficilmente definibile e si trovano pochi riferimenti in letteratura.
- V. ORGANIZED HOME CARE: consiste nella prevenzione e nella promozione del mantenimento dello stato di salute, sostenendo individui in convalescenza ma che sono in grado di essere assistiti nelle loro case. Si tratta perlopiù di servizi sociali e medici con un'importante collaborazione del medico di famiglia (Hadelman, 1959).

Gli studi sul PPC si sono focalizzati maggiormente sulle prime tre categorie, sostenendo che l'assistenza domiciliare debba essere garantita dagli enti locali e che il *long term care* debba essere sostenuto dall'ospedale ma non fisicamente collocato all'interno.

Nella pratica si sono istituite unità operative di diverso tipo o satellitari a queste categorie per rispondere ad esigenze più specifiche.

Le PCU ad esempio, "Progressive Care Unit", sono diffuse in diverse parti del mondo e hanno lo scopo di servire pazienti stabili ma in situazioni delicate, con malattie critiche e complesse: i soggetti non sono ancora abbastanza gravi per essere ricoverati nell'Intensive, ma non sarebbe sufficientemente intenso nemmeno un generico rapporto tra infermiere e paziente, dato che la malattia è nella sua fase acuta ed è necessario un monitoraggio costante per il rischio di deterioramento rapido. Inoltre, prima di rimettere il paziente, è indispensabile fornirgli una preparazione adeguata alla riabilitazione e alla cura domiciliare.

Rispetto alle unità intensive, le PCU sono meno costose e dunque permettono di accogliere e sostenere un più ampio numero di pazienti in fase acuta, ottimizzando inoltre il numero di posti letto disponibili nell'Intensive Care.

Un altro caso sono le HDU (High Dependency Units). Esse colmano il gap tra il reparto generale e l'Intensive, permettendo così la continuità della cura. I pazienti che passano per questo reparto devono essere supportati nelle loro funzioni vitali e dunque costantemente monitorati per il rischio di scompensi acuti in singoli organi, con un intervento medico quindi piuttosto contenuto. Questa unità si trova coinvolta principalmente nell'assistenza post-chirurgica e risulta molto importante per l'incremento recente del numero di interventi sempre più delicati. Consente costi più bassi ma cure post-operatorie più sofisticate. La scelta di collocamento tra una HDU o una Intensive Care Unit dipende dal grado di dipendenza dall'assistenza infermieristica. Nelle HDU il rapporto infermiere/paziente si aggira attorno all'1:2 e sono di per sé in grado di prendersi cura del paziente autonomamente.

A collocarsi ad un livello intermedio tra la fase acuta del ricovero e la dimissione, troviamo le Unità di SC (Subacute Care). Esse includono riabilitazione, cure a lungo termine e cure domiciliari. Sono considerati servizi di breve termine quelli che durano dai tre ai trenta giorni, o di medio termine se dai trenta ai novanta giorni, mentre il SC a lungo termine si protrae fino a tre anni e vi appartengono pazienti con danni gravi o cronici. L'istituzione di queste unità si è verificata grazie alla disponibilità di tecnologie che hanno prolungato la speranza di vita e che hanno migliorato la qualità di essa a seguito di incidenti gravi, riuscendo allo stesso tempo a ridurre i costi del servizio. Le cure sono dunque destinate a pazienti non acuti ma con bisogni più simili a quelli intensivi rispetto a quelli forniti dai centri di riabilitazione, per cui molti posti sono occupati da pazienti anziani. Alcuni esempi di servizi forniti sono la somministrazione di terapia endovenosa, nutrizione parenterale totale, alimentazione enterale, chemioterapia.

I casi trattati riguardano frequentemente danni cerebrali e spinali, AIDS, Alzheimer e patologie neuro vascolari, con il duplice obiettivo di minimizzare il ricovero ospedaliero e contenere i costi: gli studi di Fowler del 1992 e di Walsh nel 1995 mostrarono che adoperare queste unità consentiva un taglio dei costi tra il 20 e il 60% rispetto all'utilizzo delle unità per acuti.

Una tipologia di unità molto simile alle SC è costituita dalla Transitional Care Unit (TC). Essa si occupa di concludere il ricovero in un periodo di tempo breve che va

dalle otto alle dodici settimane, riadattando il paziente alle attività di vita quotidiana in mancanza di assistenza medica e infermieristica costante, cure personali e servizi riabilitativi.

Anche a questa categoria appartengono molti pazienti anziani, che necessitano di assistenza anche psicologica e un miglioramento della vita autonoma.

Gli studi di Mitra, nel 1986, evidenziarono diversi benefici emergenti dall'implementazione del modello PPC.

Dal punto di vista del paziente, innanzitutto, il primo vantaggio sta nell'assistenza specializzata che egli riceve nel momento del bisogno e nel sostegno per il rientro a casa post ricovero, senza doversi preoccupare di trovarsi in eventuali momenti scoperti di disponibilità assistenziale, anche in assenza di criticità. Il medico, dal canto suo, è maggiormente rassicurato per il fatto che il suo paziente è costantemente servito dalle cure necessarie e che, qualsiasi sia l'emergenza, può ricevere immediatamente il trattamento richiesto.

L'infermiere può far fruttare tutte le sue competenze umane e manageriali, coordinando le attività ospedaliere, domiciliari e sociali. Integrare l'assistenza domiciliare nei programmi PPC apporta benefici anche all'ospedale stesso, nei rapporti di gestione dei servizi sia sanitari che sociali.

3.3 *IL PATIENT CENTERED CARE*

Il Patient Centered Care (PCC), letteralmente “la cura incentrata sul paziente”, consiste nel “*fornire cure in modalità rispettose e rispondenti a preferenze, bisogni e valori del paziente, e assicurare che i valori del paziente costituiscano una guida per tutte le decisioni cliniche.*”¹⁷

Tradizionalmente, i servizi sanitari hanno troppo spesso posto scarsissima attenzione sulle considerazioni del paziente, preferendo valutazioni di performance sui risultati clinici e tecnologici.

Gli anni più recenti hanno portato alla formulazione di questionari sulla soddisfazione dei pazienti in merito alla qualità dei servizi. Sebbene questo abbia segnato un notevole

17 CENTURY”, I INSTITUTE OF MEDICINE. “CROSSING THE QUALITY CHASM: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST

passo avanti, le informazioni così ottenute restavano comunque incomplete in mancanza di indagini sull'intera esperienza vissuta.

Gli studi empirici condotti dal Picker Institute¹⁸ negli Stati Uniti, formularono e testarono una sequenza chiave di domande da porre ai pazienti, al fine di individuare quali aspetti *creassero valore* per esso e fornendo così un valido strumento di confronto di esperienze di cura tra enti differenti, appartenenti a paesi differenti. In particolare, le domande ideate dalla Picker interrogavano sulla condizione dell'individuo, sul contesto demografico e sull'esperienza complessiva di cura, ponendo quesiti riguardo la soddisfazione relativa alla chiarezza e precisione delle informazioni fornite dai medici e dallo staff infermieristico, il livello di comfort, il supporto emotivo, il coinvolgimento delle famiglie, il rispetto per le preferenze del malato, la disponibilità dello staff assistenziale e molte altre.

In base a questi studi, in una collaborazione con l'Harvard Medical School, l'istituto enunciò i seguenti otto requisiti dedotti dalle considerazioni dei pazienti, che costituirono i principi guida per il Patient Centered Approach:

1. Accesso rapido ad affidabili informazioni sanitarie;
2. Trattamenti efficaci forniti da professionisti di fiducia;
3. Continuità della cura e transizioni armoniose tra una fase e l'altra;
4. Coinvolgimento e supporto di famiglie e badanti;
5. Sostegno e fornitura di informazioni chiare e comprensibili per l'autoterapia;
6. Coinvolgimento del paziente e rispetto per le sue preferenze personali;
7. Supporto emotivo, empatia e rispetto;
8. Attenzione ai bisogni fisici e ambientali.

Si nota come queste scuole di pensiero attuino uno stravolgimento della prospettiva di valutazione rispetto alla tradizione, dedicando i propri sforzi a migliorare la qualità dal punto di vista *soggettivo* del paziente.

¹⁸ IL PICKER INSTITUTE, È UN' ORGANIZZAZIONE NO-PROFIT FONDATA NEL 1987 CHE SI DEDICA ALLA DIFFUSIONE DEL PATIENT CENTERED CARE.

Adoperando questi otto principi nel processo decisionale dei tecnici, si coinvolgono i pazienti nelle valutazioni dei percorsi da seguire, attenuando lo stato di debolezza e *dipendenza assoluta* e valorizzandoli come individui con i propri valori e preferenze sociali, culturali e personali. Al paziente viene riconosciuta la sua dignità. Egli viene trattato con rispetto e sensibilità nei confronti della sua autonomia intellettuale.

Preservare questi aspetti consente di attenuare la sensazione di vulnerabilità ed impotenza che affliggono il malato durante la degenza, migliorandone la condizione psichica e dunque rendendolo psicologicamente più forte di fronte allo stato di malattia.

La paura e l'angoscia associati con lo stato di malattia sono potenzialmente degradanti tanto quanto i malfunzionamenti fisici. I curatori devono essere sensibili ai sintomi di ansia e depressione che possono colpire il paziente o le loro famiglie.

La famiglia che circonda il malato deve essere sufficientemente coinvolta e agevolata, fornendo ad essa servizi accomodanti, supportandola e aiutandola a badare al bisognoso e riconoscendone le necessità.

Negli studi del Picker Institute, emerse l'importanza delle capacità comunicative di medici ed infermieri. Molti pazienti risultavano insoddisfatti relativamente all'informazione datagli riguardo la loro condizione. Queste indicazioni devono coprire tre ambiti ben precisi: devono riguardare lo stato clinico, il progresso e la prognosi; devono fornire un quadro generale e completo sull'intero processo di cura e devono facilitare l'autonomia, l'autoterapia e il mantenimento dello stato di salute. Ad impattare sulla condizione psichica del paziente non devono assolutamente partecipare anche scomodità pratiche del quotidiano. I malati devono essere assistiti nelle loro attività e bisogni giornalieri, integrando questo sostegno con un ambiente circostante favorevole e confortevole.

Ai pazienti deve essere garantita la possibilità di ottenere alla cura nel momento del bisogno. Questo campo può comprendere il trasporto, l'accesso immediato agli ambulatori, alle cliniche e agli studi medici o facilità e rapidità nel prendere appuntamenti.

Le considerazioni fin qui riportate sono riassumibili in un complessivo *empowerment* del paziente, fornendogli la possibilità di assumere il ruolo attivo che gli spetta all'interno del suo piano di cura.

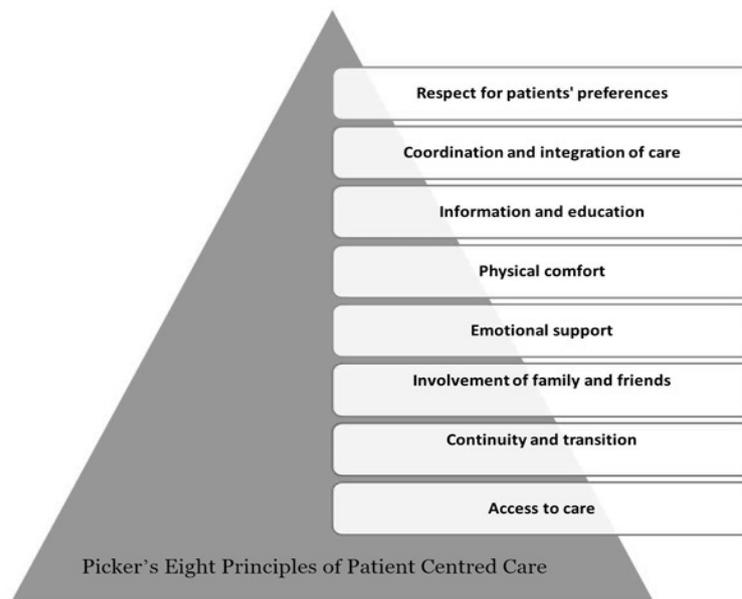


Figura 5 - La piramide dei bisogni: sintesi degli otto Principi di Picker¹⁹

Applicare questa metodologia all'interno della progettazione organizzativa, richiede un rimodellamento dell'intera erogazione del servizio ospedaliero attorno ai bisogni del paziente, allontanandosi dalla tradizionale visione accentrata sulla figura del medico: non è il paziente che deve andare alla ricerca dello specialista e del servizio di cui ha bisogno ma è lo specialista, sostenuto dal suo staff, che deve far in modo che le risorse di cui il malato ha bisogno si presentino ad esso man mano, lungo il percorso pianificato coerentemente con i suoi bisogni individuali²⁰.

L'attitudine logistica da ridefinire per implementare un approccio incentrato sul paziente non riguarda solamente i processi core, ossia prettamente il percorso clinico del paziente, ma anche quelli di supporto al core, ossia che non hanno come fine diretto il ritorno allo stato di salute del paziente ma che sono comunque interconnessi strettamente col processo clinico primario. Un esempio sono le logistiche farmaceutiche, il trasporto dei pazienti o le attività di laboratorio.

19 JENKINSON C., COULTER A., BRUSTER S., «THE PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE: DEVELOPMENT AND VALIDATION USING DATA FROM IN-PATIENT SURVEYS IN FIVE COUNTRIES», INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE, VOLUME 14, ISSUE 5, 1 OCTOBER 2002, PAGES 353-358

20 CICCETTI A., GABUTTI I., MASCIA D., «EXPLORING "PATIENT-CENTERED" HOSPITALS: A SYSTEMATIC REVIEW TO UNDERSTAND CHANGE,» 22 MAGGIO 2017.

3.4 IL LEAN METHOD E IL SIX SIGMA

Intorno alla metà degli anni Settanta in Giappone, la casa automobilistica Toyota ideò un nuovo modello di produzione snello e flessibile allontanandosi dalla produzione di massa tradizionale di impronta Fordista.

In quel periodo, l'output iniziava a farsi sempre più complesso e dunque la manifattura diventava sempre più costosa. Serviva un cambiamento che rendesse il processo produttivo più flessibile, che consentisse di ridurre i tempi di giacenza nei magazzini e che abbattesse gli errori e gli sprechi nell'utilizzo degli impianti.

Il metodo prende il nome di Lean Production o Toyota Production System e verte sul principio secondo cui il consumatore impersona il committente in grado di presentare le richieste qualitative che gli interessano ²¹. La sequenza produttiva, da *produrre-consegnare-vendere* diventa *vendere-produrre-consegnare*.

Il carattere fortemente innovativo del metodo è l'orientamento a fornire il maggiore valore possibile *per il cliente* con il minor utilizzo di risorse, tramite la messa in discussione continua del sistema produttivo e l'altrettanto costante eliminazione degli sprechi.

Questo metodo propone di avviare una successione di piccoli miglioramenti qualitativi (i cosiddetti *kaizen*), in modo da ottimizzare in maniera incrementale l'efficienza e la qualità dell'offerta.

Il procedimento si articola in tre macro-passaggi: lo si avvia individuando l'identità che il cliente attribuisce al *valore*; si procede con una scrematura degli step che non contribuiscono direttamente alla creazione di questo valore, identificando gli sprechi di tempo, di risorse finanziarie o di sforzi; infine, si ricostruisce la nuova successione di passaggi così ottenuta, ponendo in sequenza diretta quelli che maggiormente contribuiscono alla creazione del valore. Questo procedimento deve essere ripetuto perpetuamente, finché non sono stati eliminati tutti gli sprechi.

21 FONTANA F., CAROLI M., ECONOMIA E GESTIONE DELLE IMPRESE. QUARTA EDIZIONE, MCGRAW-HILL, 2013

Di pari passo, deve avvenire una continua e mirata formazione del personale, in modo da estendere il ripensamento dell'organismo aziendale ad un ripensamento della vera e propria cultura aziendale: dalla *Lean Production* alla *Lean Thinking*.

L'idoneità di questa metodologia alle pratiche dell'Healthcare è controversa, dal momento che ha le sue radici nel mondo manifatturiero. Le argomentazioni contrarie si basano, da un lato, sul fatto che la performance di un'azienda sanitaria non dipende semplicemente dal risultato finale, ma molto dall'esperienza che il cliente *vive* durante l'erogazione del servizio; dall'altro, sulla mancata conciliazione tra il soggetto che paga per l'erogazione del servizio e quello che effettivamente ne trae beneficio, venendo meno l'identità consumatore/committente.

Per questo motivo, l'implementazione di un management di tipo Lean nell'Healthcare, sembra dover essere necessariamente accompagnato dalla metodologia *Six Sigma*.

Nel metodo Six Sigma si controlla lo scarto quadratico medio di un processo e si cerca di raggiungere un grado di controllo di esso in modo da avere soltanto 3,4 parti difettose per milione; il traguardo si raggiunge se la deviazione standard non supera un dodicesimo della larghezza delle specifiche.

L'adozione del metodo ha come obiettivo l'eliminazione dei difetti e degli sprechi ancor di più rispetto all'incremento qualitativo della prestazione. L'impatto sul cliente è più diretto e i risultati finali sono più facilmente prevedibili.

La sua specificità tecnica, paradossalmente, ha però portato la tendenza gestionale aziendale a utilizzarlo in modo poco rigoroso, estendendone l'utilizzo oltre il semplice processo produttivo, per adoperarlo nelle valutazioni della logistica, della direzione commerciale e, spesso, anche nella dimensione dei servizi.

I due metodi analizzati sono molto più efficaci se utilizzati in maniera congiunta: la Lean Production lavora sul miglioramento nell'utilizzo delle risorse, mentre il Six Sigma riduce la complessità di processo e attenua la variabilità degli esiti: ne consegue che i sistemi produttivi e decisionali sono più flessibili e la qualità delle operazioni aziendali e dei servizi o prodotti offerti è superiore.

Naturalmente, per far fruttare gli strumenti del *Lean Management* e del metodo Six Sigma nell'Healthcare, è necessaria una cultura organizzativa coesa e una leadership duratura, per garantire il rispetto della successione di modifiche di breve termine e trarne vantaggio nel lungo periodo.

Innanzitutto, nella scala prioritaria di stakeholder da soddisfare, bisogna sempre porre il paziente al primo posto. Secondo questa prospettiva, la definizione di "spreco" deve

essere stabilita secondo la prospettiva del paziente. Ad esempio, i pazienti attribuiscono molta rilevanza all'interazione con il medico nelle fasi appartenenti all'assistenza sanitaria di base. Dunque, un miglioramento di tipologia Lean allungherebbe la durata di queste interazioni ed eliminerebbe le distrazioni, delegando ad altri determinate fasi minori (analisi del sangue, raccolta dati, misure della pressione ecc).²²

Per i pazienti, le variabili più importanti sono la qualità e la sicurezza del servizio, la facilità ad accedervi e l'impatto sulla sfera emotiva dell'esperienza vissuta: le priorità dell'organizzazione ospedaliera devono essere queste. Una corretta applicazione del metodo *Lean*, permette di massimizzare la performance in funzione del *target* che si mette a fuoco; una visione poco nitida porta molto spesso, invece, a commettere l'errore di perdere di vista il target, implementando strategie disordinate di taglio dei costi e non sfruttando così l'opportunità di migliorare complessivamente la qualità della cura; un piano limitato al contenimento dei costi può ostacolare le potenzialità dello staff di prim'ordine, il cui interesse è prettamente legato alla massimizzazione della performance lavorativa, e quindi alla soddisfazione del bisogno del paziente, diffondendo un generale malcontento dei dipendenti.

Se si tiene conto di questi punti deboli del Lean Approach all'interno del contesto sanitario, ci si può però servire di esso come strumento funzionale per migliorare l'esperienza del paziente, la qualità, la sicurezza e l'efficienza del servizio, riducendo le ambiguità, le duplicazioni dei ruoli e creando nuovi canali di comunicazione tra personale interdipendente. Lo staff si trova ad interagire in un ininterrotto flusso di processi, le cui problematiche vengono affrontate in maniera sistematica e lineare.

Il management assume una posizione subordinata nella risoluzione delle questioni che emergono nel flusso lavorativo, lasciando via libera allo staff tecnico per identificare i problemi e trovare soluzioni (logica *bottom-up*). Nel contesto ospedaliero, la classica logica *top-down* avrebbe come esito quello di un personale con potenzialità limitate, obbligato a svolgere compiti imposti dal vertice, soffocato dalla percezione di monitoraggio fisso.

La ricerca effettuata fino ad oggi non ha prodotto ancora risultati sufficienti per definire un legame diretto tra l'implementazione del *Lean Management* e il miglioramento dell'esperienza del paziente. Se da un lato è vero che gli strumenti di

22 BLACKMORE CC, KAPLAN GS "LEAN AND THE PERFECT PATIENT EXPERIENCE" BMJ QUAL SAF 2017; 26:85-86.

misurazione della soddisfazione dei pazienti sono ancora imperfetti, a causa della difficoltà di confronto tra esperienze soggettive, è anche vero che molto spesso il *lean approach* è stato utilizzato ponendo come target altri tipi di clienti dell'azienda sanitaria, diversi dai pazienti, quali fornitori o manager.

4. La nuova struttura dell'ospedale

L'analisi fin qui condotta è servita per delineare i trend e le cause comuni tra le rivisitazioni organizzative più recenti nei paesi industrializzati, osservando come questi siano in più casi confluiti verso la “*logica delle cure progressive*”.

In Italia, questo fenomeno ha preso la forma dell'*Ospedale per Intensità di Cura* (OIC). L' OIC può essere interpretato come una rivisitazione in veste italiana del Progressive Patient Care Model anglosassone: i due modelli coincidono per la corrispondenza instaurata tra fasi del percorso di assistenza e “strutture” assistenziali (Guzzanti, 1995).

Anche nel nostro paese, questa riformulazione organizzativa sembra la soluzione migliore per ottenere due precisi risultati: accentrare il servizio ospedaliero attorno al bisogno del paziente e condividere risorse umane e tecnologiche consentendo risparmi di costi e tempi.

Il progetto si fonda su quattro pilastri²³ cui corrispondono altrettanti livelli progettuali:

- *Integrazione*: la separazione fisica e organizzativa tra reparti si supera per dare spazio ad interdipendenza e interazione tra di essi (“*comprehensive critical care*”). Il primo livello su cui viene attuata questa riorganizzazione è quindi l'interno dell'ospedale, ossia il vero e proprio “stabilimento produttivo”.
- *La creazione di network*: l'architettura si estende, inoltre, al di fuori dell'area di interesse prettamente ospedaliero, dando vita ad una rete che integra gli istituti territoriali offerenti servizi di pre e post ricovero. Si formula così il secondo livello progettuale in un'ottica orizzontale.
- *Programmazione della forza lavoro*: le attività di recruitment, selezione, allocazione, formazione e valutazione del personale devono avvenire secondo modalità di programmazione chiara e coerente (III livello progettuale).
- *Basi attendibili e gestione evidence based*: il governo clinico e gli esiti eccellenti sono consentiti grazie alla disponibilità di risorse informative complete e tempestive: si

23 AMERICO CICCHETTI E ILARIA PICONI, “I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – ORIGINI, EVOLUZIONI E PROSPETTIVE”, A CURA DI AMERICO CICCHETTI. FRANCOANGELI/SANITÀ, 2012

introducono standard assistenziali (protocolli e procedure) e dei “codici organizzativi” per formalizzare la gestione dell’assistenza (IV livello progettuale).

In linea generale, non è individuabile un unico modello di OIC, dal momento che la novità è stata adottata man mano in diverse regioni assumendo i connotati di un graduale processo di sperimentazione.

Fu la regione Toscana, nel 2005, ad incentivare il cambiamento con la Legge Regionale n° 40 (Art. 68, comma 2). Seguirono poi la Lombardia, la Liguria e l’Emilia-Romagna.

In ogni caso, questa evoluzione del modello dipartimentale, mostra determinati aspetti comuni, riassunti in una review di Vos (et al.) nel 2011:

- il *de-layering dei livelli gerarchici*, con una riallocazione delle responsabilità in senso orizzontale (Hammer, 1993) data da un’aggregazione ed un trasferimento di esse a dei responsabili di processo (Gemmel et al. 2008; McCormack e Johnson 2001);
- l’introduzione di *protocolli assistenziali* che attenuino la variabilità dei processi favorendone il controllo e la fluidità (Institute of Medicine, 2001; Schneller e Smeltzer, 2006);
- la *condivisione di risorse critiche* come i posti letto, tecnologie e competenze professionali inserite all’interno di forme di gestione condivisa (DoH, 2002);
- il consolidamento di una visione comune dell’*orientamento al processo* sia nello staff interno all’organizzazione che in quello esterno, coinvolto nelle fasi di pre-ricovero, ricovero, dimissione e follow-up;
- l’instaurazione di sistemi di *rewarding* che si basino sul raggiungimento delle performance o sulle attività di processo (Davis, 2007; Vera e Kunz, 2007).

L’evidenza mostra che le transizioni sono avvenute alternativamente secondo due differenti approcci: o si è agito sui meccanismi di coordinamento, trasformandoli in quelli tipicamente riscontrabili in strutture a matrice o per prodotto, o si è ridisegnata l’intera architettura organizzativa in una logica per processi. Nel primo caso, attraverso il metodo del *lean thinking*, il focus è sul legame tra assetto tecnico e logistico dell’organizzazione in una rivalutazione della governance clinica e in una reingegnerizzazione dei processi che ponga il paziente al centro; il secondo caso richiede invece una vera e propria ricostruzione fisica della struttura, supportata da uno staff di ingegneri e architetti all’avanguardia.

4.1 LE AREE DI INTERVENTO

L'integrazione degli spazi interni delle Unità Operative avviene in senso orizzontale lungo i Dipartimenti, accorpendo le macroaree di specialità (medicina interna, chirurgia generale, servizi di laboratorio e radiologici). Le risorse come i posti letto, le sale operatorie e le svariate categorie di equipaggiamento, vengono messe in comune costituendo delle *piattaforme produttive*, la cui dimensione varia in base alla domanda, ossia in base alla variabilità delle liste d'attesa.

L'esperienza empirica mostra che le due macro aree ospedaliere, medica e chirurgica, richiedono due differenti modalità pratiche di riorganizzazione.

Risulta più agevole scomporre l'area chirurgica sulla base della *durata media della degenza*. Esempi pratici¹⁸ mostrano che la maggior parte delle operazioni chirurgiche implicano un periodo di permanenza di cinque giorni, ragion per cui ha avuto gran successo l'istituzione dell'area dedicata al Week Hospital, attiva dal Lunedì mattina al Venerdì pomeriggio.

La complessità clinica dell'area medica è da scomporre invece sulla base di due fattori: la *dimensione infermieristica* e la *dimensione tecnico-medica*. La frequenza di intervento di queste due categorie di tecnici non è sempre la stessa, dando luogo a differenti aree di intensità che saranno analizzati più nel dettaglio nei paragrafi successivi.

4.2 I CRITERI DI POOLING DEI PAZIENTI E IL PDTRA

Ogni ospedale sceglie il proprio criterio di suddivisione delle Unità Operative, formando i cosiddetti DRG (Diagnosis Related Group). Il Ministero della Salute definisce il DRG come una “*Categoria di ricoveri ospedalieri definita in modo che essi presentino caratteristiche cliniche analoghe e richiedano per il loro trattamento volumi omogenei di risorse ospedaliere. Per assegnare ciascun episodio di ricovero ad uno specifico DRG sono necessarie le seguenti informazioni: la diagnosi principale di dimissione, tutte le diagnosi secondarie, tutti gli interventi chirurgici e le principali procedure diagnostiche e terapeutiche, l'età, il sesso e la modalità di dimissione.*”

L'attribuzione viene effettuata mediante un algoritmo che analizza le suddette informazioni e determina il gruppo di appartenenza.”

Come abbiamo visto, le più comuni sono per complessità/frequenza assistenziale clinica/infermieristica (emergenza, alta intensità, media intensità, bassa intensità) o per la durata della degenza (Day Hospital, Week Hospital).

Dato che la divisione in base alla durata si correla perlopiù al grado di invasività dell'intervento chirurgico e alla delicatezza del ricovero post-operatorio, in questa sede ci sembra più adatto soffermarci sulla categorizzazione per complessità/frequenza assistenziale richiesta. Ipotizziamo che un paziente, come di frequente accade, acceda alla struttura sanitaria dal pronto soccorso. In questo primo passaggio si analizzano le alterazioni dei parametri fisiologici che egli presenta e, sia in base alla tecnologia necessaria che al grado di qualità e quantità del personale da fornire, lo si colloca ad uno dei tre livelli di intensità clinica.

Il *pronto soccorso* costituisce dunque il *filtro* dell'intero sistema ed è per questo che i criteri e le metodologie di categorizzazione devono essere condivisi, discussi e inseriti nei protocolli prestabiliti.

La categorizzazione deve avvenire in modo uniforme e preciso, nel rispetto di determinati parametri valutativi. Gli strumenti di analisi adoperati differiscono in base alle esigenze dei diversi professionisti a cui si affida la valutazione. In ogni caso, la stratificazione avviene a livello di criticità, gravità, complessità, dipendenza assistenziale e valutazione del rischio di rapido deterioramento clinico.²⁴

Tra i più utilizzati vi è il sistema del *Modified Early Warning Score* (MEWS) per valutare la complessità *medica*.

In particolare, la MEWS è in grado di fornire informazioni circa l'instabilità del paziente, in modo da cercare di prevenire un peggioramento, avvertire dell'eventuale necessità di diversificare o intensificare una cura, stimare la durata della degenza e il tasso di mortalità.

La scala si basa su una progressione da 0 a 14, il cui valore soglia di criticità è il 5. Un valore uguale o vicino al quinto indica alta instabilità e quindi una possibilità di rapido deterioramento. Ad oggi, la scala è stata informatizzata ed è in grado di fornire autonomamente le sue valutazioni e segnalare le situazioni allarmanti in automatico.

²⁴ IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: IL PUNTO DI VISTA DELLA DPS –
DOTTORESSA MARINA IEMMI

	3	2	1	0	1	2	3	Punteggio
Pressione arteriosa sistolica (PAS)	≤70 mmHg	71-80 mmHg	81-100 mmHg	101-199 mmHg		≥200 mmHg		
Frequenza cardiaca (FC)		<40 b/m	41/50 b/m	51/100 b/m	101-110 b/m	111-129 b/m	≥130 b/m	
Frequenza respiratoria (FR)		<9 atti/min		9-14 atti/min	15/20 atti/min	21/29 atti/min	≥30 atti/min	
Temperatura (TC)		<35°C		35-38.4°C		≥38.5°C		
AVPU				Alert - paziente sveglio	Verbal - Risponde allo stimolo verbale	Pain - risponde allo stimolo doloroso	Non risponde	
								Totale

Figura 5 - Scala Mews²⁵

L'analisi, tuttavia, risulta completa solo se affiancata dall'utilizzo di uno strumento che ponderi l'intensità del livello assistenziale infermieristico richiesto, in modo da collocare il paziente all'interno di una matrice bidimensionale.

Il grado di complessità di assistenza infermieristica²⁶ non procede infatti nella stessa direzione dell'intensità medico-chirurgica: oltre ai casi in cui le stesse specialità cliniche necessitano di diversi livelli di assistenza infermieristica, l'evidenza²⁷ mostra addirittura che i pazienti in Unità Operative di bassa intensità, richiedono di frequente un profilo assistenziale complesso; pazienti nel settore Intensivo invece, possono presentare richieste di bassa complessità assistenziale. La patologia che risulta dalla

25 FONTE: VANNINI C., LA SCALA MEWS: MODIFIED EARLY WARNING SCORE, NURSE24.IT, 15 MARZO 2017

26 PER COMPLESSITÀ INFERMIERISTICA, SI INTENDE L'INSIEME DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE CHE SI RIFERISCONO ALLE DIVERSE DIMENSIONI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA ESPRESSE IN TERMINI DI INTENSITÀ D'IMPEGNO E QUANTITÀ LAVORO DELL'INFERMIERE" (MOISET, VANZETTA 2009).

27 DI MAURO S., «L'OSPEDALE ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURA: STRUMENTI PER LA CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI - IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PERFORMANCE INFERMIERISTICA» UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA, 25 GIUGNO 2012

diagnosi medica costituisce, senz'altro, un fattore rilevante nell'attribuzione del livello di Intensità di cura, ma non il solo.

Si presenta la necessità di definire dei parametri di distribuzione dello staff di supporto al nucleo tecnico, in relazione alla complessità assistenziale infermieristica.

Il concetto è piuttosto recente, per cui l'effettiva efficacia dei diversi strumenti utilizzati, o la superiorità di taluni su altri, sono ancora in fase di sperimentazione.

Uno dei metodi utilizzati è l'ICA o Indice di Complessità Assistenziale (Cavaliere, 2009)²⁸, che raggruppa un set di indicatori ripresi dal “Modello delle Prestazioni Infermieristiche” di Marisa Cantarelli²⁹. L'ICA prende in considerazione la dipendenza dell'assistito in modo da fornire un utile strumento alla progettazione organizzativa. Il metodo si avvia con la costituzione di un EWG (Empowered Work Group) cui è affidato il compito di gestire le procedure operative. Le attività di gruppo condivise vengono standardizzate, se ne definiscono criteri ed indici. Ognuna di queste attività viene ponderata sulla base di un “peso intervento” determinato da un algoritmo appartenente al metodo ICA. La somma che ne deriva corrisponde al livello di “complessità assistenziale” e si muove su una scala che va da 1 a 5. Minore è la somma e più è bassa la complessità del sistema assistenziale. Si determina così la Classe di Gravità (CdG) del malato.

La Federazione Nazionale Collegi IPASIVI, propone il Modello Assistenziale Professionalizzante (MAP). Esso si caratterizza per la centralità attribuita al paziente stesso, di cui ne analizza il grado di dipendenza, di coscienza e autonomia decisionale, volgendo l'interesse a ben sessanta variabili cliniche, suddivise in *dimensione della stabilità clinica, dimensione della responsività e dimensione dell'indipendenza*.

Il SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica), proposto dall'Università di Milano, considera l'assistenza diretta, classificando le prestazioni erogate dagli infermieri.

28 DIRIGENTE RESPONSABILE U.O.C. DIREZIONE GESTIONE PROFESSIONI SANITARIE – IRCCS SAN MARTINO IST GENOVA; DOCENTE UNIVERSITARIO

29 IL MODELLO CHIARISCE LA SISTEMATIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ INFERMIERISTICHE CHE CONSENTE DI PERSONALIZZARE L'OPERATO IN BASE AI BISOGNI DI SALUTE DI UN DETERMINATO INDIVIDUO. APPROFONDITO NEL PAR 4.3.3,

I valori ottenuti dalle due differenti valutazioni (di intensità assistenziale clinica e di intensità assistenziale infermieristica) consentono di procedere con la collocazione del paziente in una delle seguenti aree di intensità:

- *Bassa intensità*: in questo livello si trovano le degenze che richiedono l'assistenza più blanda. Accoglie soprattutto i casi post-acuzie o pazienti affetti da più patologie, che hanno quindi ancora bisogno di assistenza sanitaria a bassa intensità ma che non richiedono di far uso di tecnologia avanzata.
- *Media intensità*: vi si trovano degenze di durata piuttosto breve ma richiedenti assistenza complessa e variabile, implicando il coinvolgimento di un'ampia varietà di medici ed infermieri. Rappresenta il reparto più consistente per numerosità di pazienti presenti.
- *Alta intensità*: vi si trovano pazienti la cui situazione clinica è molto instabile. Il ricovero in quest'area si ha quando sono, o possono essere, compromesse più funzioni vitali (neurologica, cardiovascolare, respiratoria). Spesso vengono fuse l'area intensiva e quella sub-intensiva poichè entrambi i settori possono condividere letti tecnologicamente e funzionalmente adattabili ad entrambe le funzioni. Le terapie da svolgere in quest'area implicano interventi ad altissimo contenuto tecnologico ed assistenziale e medici e infermieri sono specificatamente preparati e disponibili 7 giorni su 7, 24 ore su 24.

Delineare con precisione e chiarezza i confini delle tre aree è importantissimo, soprattutto per evitare che pazienti instabili, o a rischio di instabilità, vengano ricoverati in strutture inappropriate.

Si nota un'importante differenza con il modello anglosassone: il numero di livelli di intensità assistenziale. Abbiamo visto, nei capitoli precedenti, come il sistema originario americano consideri cinque livelli di intensità. Al di fuori degli Usa, se ne trovano spesso tre o quattro; nel nostro paese se ne riconoscono tre. La riduzione va interpretata secondo un'ottica qualitativa e non quantitativa, dal momento che si è scelto di escludere dall'organizzazione ospedaliera quelle cure che possono essere offerte al di fuori della struttura stessa.

Attuando un confronto con la PPC, si afferma che il primo corrisponde al reparto di Intensive Care, il secondo all' Intermediate Care mentre l'ultimo è di difficile collocazione, sebbene potrebbe in generale identificarsi con le Subacute Care (Giusepi, 2012).

Per passare da un percorso di cura frammentato e composto da trattamenti parziali, ad una presa in carico totale del paziente, si redige il cosiddetto *PDTRA*, ossia il Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale. Impostare questo *clinical pathway* consente sia di coordinare e condividere gli obiettivi dei diversi operatori che intervengono con ruoli e tempi differenti, sia di fornire al paziente una più nitida e chiara sintesi della situazione che si troverà ad affrontare.

Lo scopo del PDTRA è prevedere, nella maniera più accurata possibile, il percorso patologico da affrontare, istituendo delle linee guida predeterminate ma che considerino sia la possibilità di imprevisti che le caratteristiche psicosociali del soggetto in cura.

Si individua un gruppo di pazienti accomunati per diagnosi o per una determinata condizione; si crea il team composto da specialisti delle varie discipline chiamate in causa, e si redige il percorso. Successivamente, si stabiliscono gli audit clinici da effettuare e si attua una stima della durata della degenza di ogni fase critica. Si richiamano gli indicatori con cui il procedimento di cura sarà monitorato e si stabiliscono le tempistiche di eventuali interventi. Infine, si consegna una sintesi del pathway così costituito sia al paziente che ai famigliari e si convoca l'intero personale coinvolto in una riunione in cui esso viene comunicato e insegnato.

Affinché vi sia linearità nel processo di cura, bisogna assicurarsi che i momenti di passaggio dal pronto soccorso al reparto scelto o da questo alla dimissione, avvengano sotto la guida partecipe dei professionisti. L'assistito percepirà una transizione tanto più lineare quanto più le modalità in cui agiscono gli operatori coinvolti siano formalizzate, sia per le faccende gestionali che per quelle cliniche. Esse devono essere accuratamente progettate in funzione di ogni singola transizione e sulla base delle esigenze specifiche del ricoverato; per questo, non si troveranno mai due PDTRA identici tra loro.

4.3 *LA RIVISITAZIONE DELLE FIGURE PROFESSIONALI:*

Lo stravolgimento della struttura ospedaliera non può avvenire senza l'implementazione di nuove figure professionali che consentano e mettano in atto l'accompagnamento *personalizzato* dell'assistito, nel suo percorso di cura.

La prospettiva del professionista che lavora in un Ospedale per Intensità di Cura è diversa: il punto di fuga, si sposta dal principio di hosting al principio di case management (Venuti, 2008): dalla cura della malattia alla presa in carico del malato.

Come in tutte le organizzazioni che producono servizi, un progresso dell'assistenza è fornito dal miglioramento delle competenze degli operatori stessi e dal perfezionamento dei meccanismi di interdipendenza tra questi. Questa considerazione ha portato ad un progressivo abbandono dell'approccio burocratico per favorire il consolidamento delle *learning organization*, promuovendo collaborazione e comunicazione, informazione aperta e decentramento del potere.

Qualsiasi proposta strutturale che abbia successo, vanta, dietro le sue quinte, una collettività di membri che siano convinti sostenitori del cambiamento, che diano importanza alle motivazioni del redesign e, dunque, disposti ad impiegare i propri sforzi affinché il risultato dell'evoluzione sia soddisfacente e produttivo. Se il personale non è propenso alla novità e non si sente personalmente responsabile di esiti negativi, gli sforzi potrebbero essere vani e non costruttivi.

Fortunatamente, le novità portate in un'organizzazione sanitaria non riguardano esclusivamente modalità pratiche di erogazione dei servizi, ma sono in gran parte il risultato del progressivo mutamento dell'intero sistema di valori e della cultura aziendale, i quali incidono fortemente sulla motivazione e sul senso di appartenenza di dipendenti collaboratori.

Nei paragrafi successivi verranno riportati i connotati principali delle differenze che il modello porta con sé.

4.3.1 IL MEDICO TUTOR E L'INFERMIERE REFERENTE COME CASE MANAGERS

La Case Management Society of America definisce il case management come “*un processo collaborativo di accertamento, pianificazione, facilitazione, coordinamento delle cure, valutazione e sostegno delle scelte e di servizi che agevolino i bisogni sanitari generali dell'individuo e della sua famiglia, servendosi della comunicazione e delle risorse disponibili, al fine di fornire output di qualità, mantenendo un buon rapporto costo-efficacia*”.

Il case management appartiene tradizionalmente alla terapia psichiatrica. Trova le sue origini negli Usa negli anni '60 per trattare gli infermi di mente, in seguito alla chiusura degli ospedali psichiatrici.

Nel tempo ha assunto diversi connotati a seconda delle situazioni in cui si mostrava necessario. E' così che va differenziandosi il case management *clinico*, che integra servizi ospedalieri e sociali, da quello *potenziale*, che segue gli assistiti in specifiche scelte di vita; o, ancora, quello *riabilitativo*, che reinserisce il paziente nel suo contesto sociale dopo un ricovero, da quello *intensivo*, i cui utenti costituiscono casi clinici molto più complessi, difficilmente sintetizzabili. In ognuno di questi casi, il *case manager* agisce incaricando e coordinando una equipe di assistenti, che può costituirsi di medici, infermieri, educatori o assistenti sociali.

Nell'OIC questa figura assume un ruolo da protagonista, poiché organizza e dirige il lavoro in maniera ordinata e coerente, evitando duplicazioni o sovrapposizioni di ruoli e attivando o disattivando la fornitura delle risorse materiali ed immateriali ai tempi opportuni. Il monitoraggio e controllo del progetto assistenziale è svolto dal case manager non solo per l'ambito clinico, ma anche per quello finanziario, in modo da garantire che non avvengano sprechi di risorse.

Egli può scegliere se intervenire di persona nello svolgimento delle pratiche cliniche assistenziali, o semplicemente coordinarle, trovando di volta in volta le soluzioni più adatte assieme al team, per raggiungere gli obiettivi desiderati.

L'assegnazione al case manager della gestione finanziaria implica che egli deve garantire la corretta gestione del budget, intesa come la capacità di fornire la migliore assistenza possibile date le risorse economiche disponibili, depurando il sistema dalle ridondanze, dalle attese inutili e dalle duplicazioni dei ruoli.

Deve promuovere un operato accentrato sul *suo* paziente, del quale deve sostenere il *benessere psico-fisico*, servendosi del coinvolgimento della *famiglia* e stimolandone l'autodeterminazione; deve *mantenerne lo stato di salute* attivando l'accortezza nei confronti della prevenzione e delle diagnosi. Deve assicurare e monitorare l'uso corretto dei servizi attraverso l'ottimizzazione del rapporto qualità/costo e apportare benessere lavorativo anche all'interno team sanitario di cui si munisce.

L'*interazione con la famiglia* deve essere frequente, mantenendo il paziente sempre al centro del processo e tenendo sempre salda la relazione di fiducia. I bisogni, non solo clinici ma anche personali, del paziente devono essere colti e compresi dal case manager, senza trascurarli durante la redazione del PTDRA.

Garantire tale completezza di servizio non è immaginabile se il manager non possiede una conoscenza a tutto tondo della *rete relazionale e strumentale* di cui può servirsi. Proprio per l'universalità di conoscenze richieste al case manager, vi è una corrente di pensiero che ritiene più efficace attribuire l'incarico ad un infermiere piuttosto che ad un medico, a causa della formazione ad impronta nettamente più generalista. Nella pratica sono quindi sorte due figure contrapposte ma che in alcuni casi coesistono: il *medico tutor* e l'*infermiere referente*.

Il *Medico Tutor*, che si fa carico del paziente e lo accompagna lungo l'intero percorso, interagisce direttamente sia con la famiglia che con il medico di Medicina Generale, per ottenere tutte le informazioni sullo stato di salute del paziente. Deve quindi disporre di buone competenze comunicative, deve essere in grado di gestire e coordinare i percorsi, di valutarli e aggiornare costantemente queste valutazioni. L'*Infermiere Referente* è la seconda figura protagonista di questo modello. Deve tenere presente il quadro completo della cura ad ogni momento, ogni giorno, ogni ora, di tutti i pazienti del dipartimento. In alcuni casi vengono stabiliti briefing giornalieri per aggiornare lo staff sulla situazione dell'intero dipartimento, in cui si analizzano le problematiche e le si collocano in delle mappe che consentano di inviare al Pronto Soccorso il numero di letti a disposizione.

L'erogazione di assistenza, sia infermieristica che clinica, secondo le modalità del case management, mira ad individualizzare al massimo i servizi. L'esperienza del paziente è continua, più lineare e il *rapporto di lungo periodo* che si crea con il professionista fa instaurare una fiducia più solida, con l'augurio di migliorare complessivamente l'esperienza di permanenza nell'ospedale.

4.3.2 L'EQUIPE MEDICA

Nel modello tradizionale, i medici lavorano in una sfera individualistica. La novità che porta l'OIC e che consegue all'abbattimento delle mura tra reparti, è la formazione dell'*equipe*. L'*equipe* si muove in sincronia con il paziente, attorno ad esso, sotto la guida del medico tutor o dell'infermiere referente: non è più il paziente che viene spostato reparto in reparto, ma è l'*equipe* che deambula e si reca al letto del malato.

L'equipe è la forza risultante dall'aggregazione di conoscenze specialistiche in campi differenti. Dar vita a un'equipe crea un nucleo operativo che conosce l'intera complessità del caso ma che allo stesso tempo è in grado di affrontare in maniera specifica i sempre più numerosi pazienti multipatologici con malattie croniche dai diversi centri di imputazione.

4.3.3 LE NUOVE COMPETENZE MANAGERIALI DEGLI INFERMIERI

Secondo il d.m. n. 739/19/1994, Nel 1994, l'infermiere è colui che *“partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività [...] identifica i bisogni di assistenza infermieristica [...] e formula i relativi obiettivi; [...] pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico”*.

Per individuare meglio le competenze spettanti allo staff infermieristico ci serviamo di una formulazione proposta da Marisa Cantarelli, la prima teorica italiana dell'assistenza infermieristica, la quale evidenzia undici esigenze fondamentali di cui gli infermieri si fanno carico:

1. Bisogno di respirare
2. Bisogno di alimentarsi e idratarsi
3. Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale
4. Bisogno di igiene
5. Bisogno di movimento
6. Bisogno di riposo e sonno
7. Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie
8. Bisogno di un ambiente sicuro
9. Bisogno di interazione nella comunicazione
10. Bisogno di procedure terapeutiche
11. Bisogno di procedure diagnostiche

L'elenco comprende sia i bisogni fisici che psicologici, assieme alle esigenze socio-culturali. In particolare, le prime nove sono di responsabilità strettamente infermieristica mentre le ultime due vengono co-gestite insieme ai medici.

Le proposte di riorganizzazione del sistema sanitario attuate in quest'ultimo ventennio però, che si inclinano verso un potenziamento dell'assistenza sul territorio e ad un ridimensionamento degli incarichi attribuiti alla struttura ospedaliera, rivedono anche la riassegnazione di alcune competenze nello staff, spesso ispirandosi a diversi sistemi sanitari di matrice anglosassone, in cui sono frequenti le figure dei "nurse practitioner", dei profili ibridi dalle competenze tecnico-infermieristiche.

Il nucleo operativo costituito per il paziente si deve comporre così non solo dell'equipe medica, ma anche di un team di infermieri che garantisca la continuità assistenziale, anche qualora non sia richiesta presenza costante. Tali infermieri, dovendo svolgere funzioni di coordinamento e programmazione in maniera sinergica con l'analisi clinica, sacrificheranno l'attività alberghiera che verrà trasferita ad altri operatori sanitari.

Tradizionalmente, l'erogazione dell'assistenza infermieristica viene attuata secondo il modello del team/functional nursing, ossia l'assistenza in base a compiti o piccole equipe, o del primary nursing, in cui si individua la figura dell'infermiere referente (Neisner).

Nell'ultimo decennio sono andati affermandosi modelli che si differenziano da quelli tradizionali sia per grado di autonomia di ogni infermiere, conferito in base all'esperienza che egli possiede, che per il grado di coinvolgimento dell'equipe, inversamente proporzionale all'autonomia gestionale del coordinatore.

L'assistenza risulta più efficace se si adatta la sua composizione alle necessità del paziente e al tipo di malattia. Aumentare il numero degli infermieri non è sempre la soluzione migliore, ma l'esperienza mostra come uno staff più consistente e presente apporti incrementi di soddisfazione ai malati e ai suoi familiari.

La letteratura sembra suggerire che lo scopo comune delle rivisitazioni più recenti, sia restituire agli infermieri la capacità di influenzare le decisioni e partecipare alle scelte organizzative. L'obiettivo è raggiungibile e arreca vantaggio all'organizzazione se essa si costituisce di uno staff con competenze differenziate.

L'infermiere neolaureato proviene da una formazione che lo munisce di competenze di tipo trasversale, in quanto viene preparato alla posizione lavorativa iniziale.

Man mano che egli fa esperienza sul campo, arricchisce il suo bagaglio con le situazioni affrontate o viste affrontare, intraprendendo un percorso unico influenzato

per una componente estremamente rilevante dal *learning by doing*, che permette il trasferimento della conoscenza tacita.

L'esperto è colui che ha dedicato un periodo di tempo consistente al lavoro, tale da renderlo in grado di effettuare valutazioni critiche sulle pratiche effettuate e di ridurre i tempi di erogazione dei servizi, in quanto è in grado di anticipare le mosse da compiere rispetto al momento in cui il bisogno si manifesta. L'esperto è anche in grado di farsi interamente carico delle situazioni complesse, o di intervenire in determinate situazioni cliniche critiche e di fungere anche da mentore per pazienti e badanti, in modo da avviare l'autoterapia.

Questo processo si può velocizzare in parallelo con corsi formativi di aggiornamento, come i Master universitari.

Una definizione di "pratica infermieristica avanzata" è fornita dall'American Nursing Association, secondo cui essa si realizza "*attraverso l'esperienza clinica e percorsi di formazione (master o dottorati) che consentono agli infermieri non solo di acquisire abilità e conoscenze specialistiche superiori, ma anche di estendere le loro competenze cliniche, attraverso la gestione dei problemi ad elevata complessità.*"

Alla luce di questa definizione, è intuibile che anche le competenze infermieristiche vanno *espandendosi* ed *estendendosi* in un'evoluzione continua. Per "espansione" si intende che le conoscenze tecniche e le abilità si fanno sempre più approfondite, come conseguenza diretta del progresso della medicina; l'"estensione", invece, è da rilevare dal punto di vista delle competenze assegnate a questa categoria di professionisti: va incrementandosi il numero di compiti che essi devono svolgere che, in passato, erano assegnati ad altre figure.

In particolare, all'interno allo staff infermieristico si individuano spesso anche figure come il *responsabile delle ammissioni*, che gestisce i processi preventivi alla riabilitazione e le procedure di ammissione dei pazienti ai reparti; il *responsabile delle rotazioni di staff tra reparti*; il *responsabile del flusso logistico* di medicinali, dispositivi medici ed altri materiali da apportare ai reparti; il *responsabile delle sale operatorie*, che ha il compito di stabilirne l'ordine e le tempistiche di utilizzo e controllare che vengano rispettati i turni; il *responsabile dei posti letto*, che garantisce l'efficienza dell'allocazione dei pazienti; il *responsabile della qualità*, ovvero colui che coordina e monitora il livello qualitativo dei servizi erogati; il *coordinatore*

*dell'addestramento e della formazione del personale ed, infine, il già citato case manager che segue l'intero percorso del paziente*³⁰.

4.4 RIPENSARE L'HUMAN RESOURCE MANAGEMENT: UN APPROCCIO BASATO SULLE COMPETENZE

L'unità operativa che gestisce le risorse umane cura tutti gli aspetti giuridici, economici e disciplinari dei dipendenti. Deve sostenere ed incentivare l'opera del personale nell'arco dell'intera vita professionale all'interno dell'organizzazione, seguendo i criteri di correttezza richiesta dagli istituti normativi, fornendo informazione continua, servendosi di consulenza ed assistenza e assicurando il raggiungimento degli obiettivi necessari.

Per consentire lo stimolo delle competenze individuali in un contesto che si sta così gradualmente orientando al lavoro in team, il sistema di Human Resource Management si è volto al modello basato sulle competenze.

Ciò significa che l'ospedale deve usufruire al massimo delle competenze dei dipendenti, e reclutare scegliendo dipendenti che eccellono in competenze differenti. Innanzitutto, per passare ad un modello basato sulle competenze, è necessario che l'azienda ospedaliera fissi determinati standard di performance, si prepari al cambiamento di ruoli e strutture, deleghi ai dirigenti di linea parte dei poteri di innovazione, faccia uso di progetti pilota e organizzi i cambiamenti dal vertice, stabilendo ritmi e scadenze.

L'ospedale deve architettare carriere e ideare i rispettivi meccanismi di incentivo in modo da permettere ai dipendenti di essere promossi o dal punto di vista clinico o dal punto di vista manageriale.

4.5 I SISTEMI INFORMATIVI INTEGRATI

Se la pianificazione del percorso di cura ruota attorno al singolo paziente, anche la documentazione di cui fa uso il personale dovrà costituirsi in un unico file. Esso deve mostrare il progetto redatto in fase iniziale e gli interventi clinici ed assistenziali che

30 IRENE GABUTTI, DANIELE MASCIA, AMERICO CICCETTI, EXPLORING "PATIENT-CENTERED" HOSPITALS: A SYSTEMATIC REVIEW TO UNDERSTAND CHANGE, BMC HEALTH SERVICES RESEARCH, 22 MAGGIO 2017

verranno attuati nei momenti intermedi.

La cartella clinica integrata ed unica che ne deriva è lo strumento principale per coordinare le professioni. Ogni operatore che interviene sul paziente deve averne accesso ed essa accompagnerà il malato per tutto il percorso di degenza. Questo strumento non contribuisce solo alla continuità della cura, ma anche alla personalizzazione del servizio offerto. Contiene informazioni anagrafiche, sociologiche e sanitarie e consente una visione immediata degli interventi di tutti i professionisti coinvolti (medici, infermieri e tecnici riabilitativi), permettendo comunicazione e confronto ma allo stesso tempo garantendo privacy e sicurezza.

Appare evidente che facilità di accesso, rapidità di circolazione e consultazione immediata di un elemento unico sono possibili solamente se questo strumento sia su piattaforma virtuale, dunque prende il nome di “Cartella Clinico-Assistenziale Informatizzata”.

5. Alcuni OIC in Italia

I modelli organizzativi per intensità di cura che hanno preso vita nel nostro paese, differiscono tra loro in base al contesto territoriale.

Purtroppo, come nel caso di diverse riprogettazioni clinico-organizzative, anche questa risente di scarse evidenze empiriche. I paragrafi successivi riportano la descrizione di alcune riformulazioni ospedaliere presenti sul territorio Italiano, con relative osservazioni attuate fin ora.

5.1 *L'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ALANO PIAVE ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE DI SANTA MARIA DEL PRATO DI FELTRE, VENETO*

L'Ospedale di Comunità di Alano Piave nasce nel Settembre 2012 come progetto sperimentale dell'Ospedale di Santa Maria del Prato di Feltre, il quale già da anni è organizzato secondo il modello per intensità di cura.

La struttura è stata munita fin da subito sia di un medico responsabile specialista in geriatria che di uno staff infermieristico formato appositamente per il trattamento del paziente anziano, attuando una *strategia di focalizzazione* che consentisse ai pazienti e ai familiari di percepire un effettivo valore aggiunto da questa impronta specialistica.

L'Unità Operativa Semplice di Lungodegenza dell'Ospedale di Feltre, con quasi 400 posti letto andò incontro alle difficoltà derivanti dal sottoutilizzo de reparto (il già citato *effetto pavimento*, per la cui definizione si rimanda al paragrafo 2.4), dal momento che i pazienti che vi venivano ricoverati avevano bisogni assistenziali di bassa complessità ma tempi che superavano il mese di degenza e che non di rado riportavano anche problematiche sociali.

La necessità di ricalibrare la destinazione d'uso dei posti letto portò alla costituzione della struttura intermedia di Alano Piave.

Si stabilì, in tal modo, che la Lungodegenza di Santa Maria del Prato dovesse accogliere i casi clinici più critici i cui ricoveri comportassero costi maggiori, mentre che all'Ospedale di Comunità spettassero i pazienti stabilizzati, richiedenti terapie riabilitative per la riattivazione motoria o con patologie a lenta risoluzione. In questo modo, si aprì la possibilità di dedicare tempo anche alle questioni sociali dei pazienti, come le reintegrazioni a domicilio o le collocazioni in appositi istituti.

Con la creazione di questa struttura intermedia, l’Ospedale di Feltre è riuscito ad offrire al paziente Geriatrico un servizio completo, oltretutto ad un costo inferiore rispetto alla degenza ordinaria, procedendo ancora più a fondo nella sua missione di garanzia della continuità della cura.

*“L’Ospedale Santa Maria del Prato di Feltre si pone tra gli obiettivi principali e qualificanti la presa in carico del paziente ricoverato, soprattutto se anziano, secondo una logica di approccio globale ai problemi socio-sanitari secondo un concetto di continuità assistenziale.”*³¹

Il paziente che accede al complesso ospedaliero di Feltre viene preso in carico dall’Unità Valutativa Multidimensionale Ospedaliera (UVMO), composta dal Direttore della Geriatria o suo delegato, dall’infermiere case-manager, dal Coordinatore o suo delegato della Centrale Operativa Territoriale (COT), integrata eventualmente da figure specialistiche necessarie per inquadrare la situazione del paziente, come un assistente sociale.

In seguito ad un’unica visita omnicomprensiva che avviene al letto del malato o in una delle sedi intraospedaliere, l’individuo viene allocato in una delle quattro aree, il cui servizio assistenziale offerto differisce sia dal punto di vista sanitario che sociale:

- Dipartimento Medico per Intensità di Cure (Geriatria, Medicina o Lungodegenza);
- prosecuzione cure in un ambiente sanitario a bassa intensità assistenziale sul territorio Ospedale di Comunità di Alano di Piave (nel caso in cui le cure di proseguimento rientrino in un profilo di bassa intensità);
- Centri Servizi per anziani non autosufficienti della ULSS 2 (ex Case di Riposo);
- Assistenza Domiciliare Integrata, Cure Palliative, Servizi Sociali, ecc.

Ad oggi, la degenza media dell’UO di Lungodegenza si è contratta di circa 8 giorni come conseguenza del maggior turnover per posti letto. La degenza media ottimale di Geriatria di alta e media intensità è stata mantenuta al di sotto degli 8 giorni, nonostante

31 FONTE: ULSSFELTRE.VENETO.IT

l'incremento di 5 anni dell'età media dei ricoverati, nel corso degli ultimi 3 anni³². In tal modo, l'Unità Operativa Complessa di medicina è riuscita a dedicarsi maggiormente alla gestione di pazienti più internistici piuttosto che geriatrici, a vantaggio dell'intero complesso ospedaliero.

La flessibilità consentita dalla struttura per intensità di cure ha cancellato la presenza di letti bis o in appoggio in altre UO; il Pronto Soccorso garantisce costantemente l'accoglienza o il trasferimento a reparti di terapia intensiva: la struttura aziendale si è adattata alle necessità dei cittadini di Feltre e non viceversa.

Riportiamo di seguito alcuni dati ricavati al 17 Giugno 2013, dopo nove mesi dall'avvio dell'OdC.³³

- 1) *Numero di ricoveri:*
 - Uomini: 79
 - Donne: 52
 - Totale: 131
 - Età media: 79 anni
- 2) *Tempo medio di attesa* (dalla data di riempio del modulo "Richiesta inserimento OdC" alla data d'ingresso in struttura): 2,7 giorni
- 3) *Provenienza del paziente:*
 - Inviati dall'ospedale: 104 (79%)
 - Dall'MMG: 27 (21%)
- 4) *Dimissioni/Trasferimenti*
 - Totale dimessi: 120 di cui
 - Decessi: 8 (6,7%) – (un numero accettabile data la complessità dei casi in esame)
 - Rientri a domicilio: 49 (40,8%)
 - Ricoveri ospedalieri: 24 (20%)
 - Inserimento in strutture residenziali: 37 (30,8%)
- 5) *Assistenza infermieristica*

Garantita la presenza h 24, come richiesto dagli standard anche se si sono verificate variazioni settimanali nelle ore di copertura, in base alle presenze dei pazienti.
- 6) *Degenza media:*

OdC: 23,25 giorni
Reparto Geriatria Ospedale di Feltre: 6,7 giorni
Lungodegenza: 21 giorni
- 7) *Tipologia diagnostica in entrata e dimissione:*

32 LA GERIATRIA DI CONTINUITÀ NELLA ULSS 2 DI FELTRE. SPERIMENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ALANO DI PIAVE M. GREZZANA, M. FUSELLO, G.M. PITTONI, A. GIOFFREDI, A. PILOTTO, G. PARISI

33 LA GERIATRIA DI CONTINUITÀ NELLA ULSS 2 DI FELTRE. SPERIMENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ALANO DI PIAVE M. GREZZANA, M. FUSELLO, G.M. PITTONI, A. GIOFFREDI, A. PILOTTO, G. PARISI

- Prosecuzioni di terapia antibiotica complessa di tipo ospedaliero;
- Terminalità fino ad exitus;
- Pazienti con necessità riabilitative estensive, compresi alcuni post-operati ortopedici;
- Demenze con disturbi comportamentali necessitanti stabilizzazione della terapia;
- Rivalutazioni farmacologiche in pazienti cronici, politrattati;
- Pazienti di età inferiore ai 65 anni con problematiche assistenziali complesse.

8) *Tasso di occupazione medio: 80% (incremento costante)*

I nove mesi in cui si è sperimentata la stretta collaborazione tra U.O. Ospedaliere, Cure Primarie Distrettuali, MMG e l'equipe dell'ODC, hanno portato alla realizzazione di una buona organizzazione e comunicazione, con performance considerate soddisfacenti.

I pazienti ricoverati nel complesso di Alano Piave vengono assistiti, in continuità con la dimissione ospedaliera o con le indicazioni del MMG, anche da servizi riabilitativi di logopedia che promuovono attività di socializzazione, e di fisioterapia. Gli "ospiti", come vengono chiamati i pazienti dell'OdC, sono seguiti da psicologi ed assistenti sociali anche nelle fasi di ingresso e dimissione per facilitare l'integrazione nel nuovo contesto anche ai famigliari.

In genere, i pazienti che vengono accolti nell'OdC sono già in carico a servizi sociali territoriali. Il compito degli assistenti è mettere loro al corrente del portafoglio di servizi offerti dal territorio da cui potrebbero beneficiare. In questo modo, si perfeziona inoltre la rete relazionale tra l'organizzazione e i servizi sociali territoriali.

I costi aziendali sostenuti per il progetto sperimentale sono stati contenuti e decisamente favorevoli.

Le voci di costo da considerare sono sintetizzabili nelle seguenti: valore della retta sanitaria, costo dei farmaci prelevati dalla fornitura aziendale, costo dei farmaci acquistati in regime convenzionato, costo dei prelievi da magazzino, costo delle risorse umane per la gestione dell'OdC extra retta, costo delle quote capitarie pagate comunque ai MMG.

Nel periodo che va dal 17 Settembre 2012 al 31 Maggio 2013, il costo complessivo pro-capite al giorno è stato di 79,92 euro.

L'analisi condotta mostra che le dimissioni a domicilio hanno prevalso sulle riammissioni o sulle istituzionalizzazioni, mostrando che l'esperimento ha avuto un esito favorevole.

Il numero di accessi all'ospedale di Feltre prevale sugli accessi del complesso di Alano di Piave, dimostrandone la maggiore rilevanza per la collettività; la costituzione dell'OdC ha comportato un duplice miglioramento: da un lato, consente alla sua determinata categoria di pazienti il trattamento qualitativamente superiore già analizzato e, dall'altra, fornisce allo stabile di Santa Maria del Prato uno strumento subordinato che ne ottimizza le performance.

5.2 *L'OSPEDALE COSTA DI PORRETTA TERME, BOLOGNA*

L'ospedale Costa di Porretta Terme, che fa capo all'USL di Bologna, fu uno dei primi ospedali pubblici Italiani ad avviare il processo di conversione al modello per intensità di cura. A partire dal 4 Ottobre 2010, infatti, si attuò un progetto del valore di 28 milioni di euro, per ampliare e riorganizzare la struttura, raddoppiandone la superficie e architettandolo in modo da facilitare sia i percorsi di accesso che i percorsi interni tra servizi.³⁴ In particolare, l'ospedale si è munito di 16 posti letto nell'area ad alta intensità, di cui 4 sono muniti di strumenti a monitoraggio avanzato per pazienti clinicamente instabili, 42 posti nell'area media e 9 per la bassa. Si aggiungono 9 posti per il Day Hospital, 4 per l'ostetricia e 4 per l'OBI (Osservazione Breve Intensiva).

Il Costa si è servito della scala NICE (National Institute for Health and Care Excellence – Figura 7), per stabilire che i pazienti di grado 1 e 2 vengono ricoverati nelle aree a media intensità o day surgery; i pazienti di grado 3 sono ricoverati nell'aria a media o alta intensità. Ai pazienti che rientrano nella 4 sezione di complessità chirurgica, invece, viene riservato un posto letto nell'area critica. L'area critica può inoltre essere occupata da pazienti appartenenti a media intensità se si manifestano specifiche condizioni cliniche, se richiesto dall'anestesista e se rientranti in determinati parametri clinico-assistenziali.

34 AZIENDA USL DI BOLOGNA - [HTTP://SALUTE.REGIONE.EMILIA-ROMAGNA.IT](http://salute.regione.emilia-romagna.it) - 5 FEBBRAIO 2010

Grado	Complessità	Esempi
1	Piccola Chirurgia	Setto nasale, idrocele, varicocele, fimosi
2	Media Chirurgia	Tonsillectomia, ernia inguinale, laparocele, emorroidi, appendicectomia, vene varicose arti inferiori, isteroscopia per chiusura tube, interruzione volontaria di gravidanza
3	Medio-Alta Chirurgia	Tiroidectomia, adenomectomia, prostatica transvescicale e tranuretrale, isterectomia, plastica vaginale, taglio cesareo, colecistectomia, laparocele, mastectomia
4	Alta-Altissima Chirurgia	Gastrectomia, resezione del colon, prostatectomia radicale, nefrectomia

Figura 6 - Complessità dell'attività chirurgica secondo la classificazione del NICE

Uno studio condotto nel 2015 (Pianazzi e Tovoli) analizzò l'impatto della riorganizzazione sull'attività operatoria nelle aree di alta e media intensità di cura, al fine di stimare il fabbisogno di posti letto per la fase post-operatoria. I dati rilevati mostrarono che la tipologia e la complessità dell'attività chirurgica rimasero pressoché invariati, dunque la riorganizzazione non ebbe conseguenze sulla selezione di accesso ma, dall'evidenza empirica, si deduce che gli strumenti tecnologici impiegati e i percorsi assistenziali progettati apportarono un miglioramento della gestione e una maggiore sicurezza nei pazienti critici in fase post-operatoria, una congruenza tra il percorso anestesilogico, l'assegnazione dei pazienti all'area più appropriata e un esito costante di performance dal punto di vista sia qualitativo che quantitativo. Gli studi affermano inoltre un miglioramento dal punto di vista della gestione, rivelatasi *“meglio articolata e potenzialmente più sicura per il paziente post-operatorio in forza di specializzazione, motivazione, maggior crescita ed autonomia professionale del personale infermieristico dedicato; visita di un team multi specialistico – limitatamente all'area critica – dei pazienti post-operati; supporti tecnologici che l'area monitorata mette a disposizione”*³⁵. Non si sono mai verificate situazioni in cui la mancanza di posti letto abbia avuto conseguenze sulla programmazione chirurgica e l'assenza di reparti o divisioni ha portato ad un bed management più efficiente.

35 PIANAZZI L, TOVOLI O. IL PAZIENTE CHIRURGICO IN UN OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: PERCORSO PERIOPERATORIO E RISULTA A 30 MESI. EVIDENCE 2015; E1000105, 7(2):

5.3 L'OSPEDALE PEDIATRICO BAMBINO GESÙ DI ROMA

L'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma ha inaugurato, nel 2006, un padiglione strutturato per intensità di cura, riunendo tutte le UO del Dipartimento di Pediatria Medica.³⁶

Studi empirici ne hanno misurato la performance, rilevando che il dipartimento ha rilevato il 78% del massimo livello ipotetico di standardizzazione, buoni livelli di integrazione tra UP (65% del massimo livello ipotetico), e rispettivamente il 59% e il 65% del decentramento della gestione amministrativa e del governo clinico.

L'elevato grado di *standardizzazione* raggiunto è ricollegabile all'instaurazione di un numero elevato di protocolli diagnostico terapeutici (9 nel 2010) e di linee guida (16 nello stesso anno), combinati con l'istituzione del servizio di telemedicina e dall'approvazione di un Regolamento di Dipartimento, di un regolamento per gli spazi comuni e dall'attribuzione di una figura referente per la qualità e la certificazione JCAHO.

Il livello di *integrazione* raggiunto tra Unità Operative è invece imputabile all'istituzione di organi di supporto come il Responsabile Infermieristico del Dipartimento e il Responsabile Amministrativo del Dipartimento. Il Dipartimento è inoltre partecipe allo sviluppo dei sistemi informativi e redige dei report periodici per monitorare la propria attività.

Degni di nota sono anche l'istituzione di un *piano di formazione dipartimentale* del proprio personale, la formazione di gruppi operativi interdipartimentali e l'istituzione di un Case Manager, di un referente per il rischio clinico e per l'impiego della telemedicina.

5.4 L'OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA

L'ente ospedaliero "Ospedali Galliera" si sviluppa su tre livelli dipartimentali così costituiti:³⁷

³⁶ AMERICO CICCHETTI, IRENE GABUTTI, DANIELE MASCIA, FEDERICA MORANDI. "I DIPARTIMENTI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – ORIGINI, EVOLUZIONE, PROSPETTIVE" A CURA DI AMERICO CICCHETTI, FRANCO ANGELI/SANITÀ 2012.

³⁷ FONTE: [HTTPS://WWW.GALLIERA.IT/](https://www.galliera.it/)

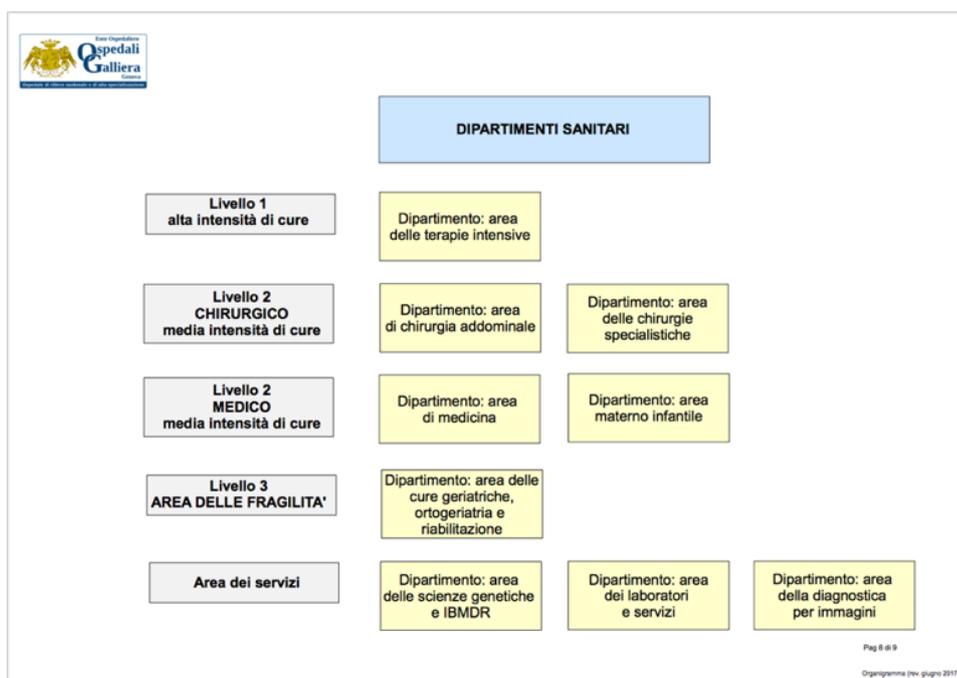


Figura 7 - Organigramma Ospedale di Galliera, Genova – Fonte: www.galliera.it

Ognuno dei quattro dipartimenti ha un proprio coordinatore medico ed un proprio coordinatore infermieristico.

Nel 2007, incrementarono del 40% le attività di Day Surgery.

Le procedure chirurgiche aggiuntive, a parità di volume di attività chirurgica ordinaria, si ridussero del 90%.

I pazienti chirurgici rinviati per motivi clinici od organizzativi diminuirono del 58%.

La degenza in terapia intensiva diminuì del 20%, senza alcun rifiuto di pazienti né dall'interno né dall'esterno.

La possibilità di accoglienza di pazienti, nel corso dell'anno, aumentò del 10%.³⁸

38 FRANCESCO NICOSIA, DIRETTORE DIPARTIMENTO, OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA ROBERTO TRAMALLONI, DIRETTORE SANITARIO, OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA ADRIANO LAGOSTENA, DIRETTORE GENERALE, OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA - "LOTTA AGLI SPRECHI" - DICEMBRE 2008

6. Riflessioni conclusive

L'Ospedale per Intensità di Cura altro non è che la somatizzazione di un lungo percorso evolutivo culturale, sociologico, economico, tecnologico e medico che ha spostato l'asse di rotazione dell'anima ospedaliera dal medico individualista al suo paziente: dalla pratica tecnica all'*essere umano*. Si tratta di un processo mosso dalle innumerevoli forze irrefrenabili che premono sulla dimensione sanitaria, insieme ai fenomeni non pianificabili che ne conseguono, richiedendo elaborazioni sofisticate e sempre più laboriose ai Designer progettuali di un'organizzazione sociale dai connotati a dir poco unici.

L'intensità delle relazioni inter ed intra organizzative, la *sacralità* del capitale intellettuale, l'assoggettamento agli interessi di un numero così elevato di stakeholder, il grado di dipendenza dal progresso tecnologico e al tempo stesso dal potenziale del capitale nazionale, sono solo alcune delle caratteristiche rilevanti che si intrecciano all'interno dell'organizzazione ospedaliera e che devono essere calibrate secondo un meccanismo flessibile in cui sia valorizzata l'armonia e la fiducia sia tra gli attori che ne fanno parte che tra questi e i diretti beneficiari.

La pretesa di *accountability* da parte della "nuova generazione di pazienti", è indirizzata non più solamente nei confronti del medico ma anche dell'organizzazione sanitaria nel suo complesso. Il paziente contemporaneo esige il riconoscimento del suo diritto alla salute ed alla sua dignità, all'interno di un trattamento che tenga conto della sua sfera emotiva e che miri ad attenuare le sofferenze della battaglia contro la *fragilità psicologica*, che ogni malato si trova a dover combattere.

L'abbandono dell'interpretazione tradizionale della *Medicina come "arte individuale"*, ha guidato i professionisti verso la presa di coscienza nei confronti del valore aggiunto che si ottiene dall'implementazione di un sistema basato sul policentrismo decisionale quando ci si trova all'interno di un contesto *knowledge-based*; un sistema che, per la sua complessità innata, si costruisce da un lato attorno alla *scomposizione delle competenze*, imputabile alla progressiva ramificazione delle specializzazioni e, dall'altro, attorno al *rafforzamento della complementarietà* tra la forza lavoro dei diversi specialisti.

Il frutto è un output che spazia nella dimensione della *multidisciplinarietà*, in risposta al quadro epidemiologico Occidentale che è andato delineandosi nel nostro secolo: il prevalere delle malattie croniche con frequenti casi pluripatologici, sulle ormai quasi

sconfitte malattie infettive, combinato con l'invecchiamento della popolazione nazionale, richiedono al servizio ospedaliero di prepararsi in modo da rispondere ad una domanda sempre più eterogenea.

Lo straordinario progresso apportato dalla *Bioingegneria* ha spianato la strada al cambiamento non solo della strumentazione biomedica e biotecnologica ma anche del piano organizzativo, gestionale, informativo e di coordinamento, fornendo strumenti che rendano le performance ospedaliere tempestive, efficienti e sincronizzate.

Il progresso tecnologico preme, però, sulla razionalizzazione delle risorse. Il *trade-off* tra sofisticatezza dei mezzi ed onerosità degli investimenti in tecnologia, sembra attenuarsi con l'instaurazione di un meccanismo di messa in comune delle risorse, sia *materiali* che *immateriali*. La soluzione più adeguata appare dunque trovarsi nell'abbattimento delle mura tra reparti e delle barriere apportate dalla rigidità gerarchica dei tradizionali organigrammi verticali, con la conseguente creazione di un sistema basato sul *team*, in cui gli strumenti tecnici e l'assistenza necessaria possono essere *condivise* all'interno di Unità Operative calibrate sulla base del livello di complessità assistenziale e tecnologica richiesto.

Il Modello per Intensità di Cura si fa carico di ognuno di questi bisogni organizzativi, conciliando le pretese apportate dalla terapia medica con i bisogni nascenti dagli elementi psicologici della persona: il *Lean Thinking* sposa la filosofia del *Patient Centered Care*, prendendo il concetto di *percorso di salute* come lo conosciamo oggi, scomponendolo nelle sue parti e riproponendolo in una prospettiva del tutto nuova in cui l'intero processo di cura non corrisponde alla mera somma delle singole fasi terapeutiche, ma dà vita ad un complesso singolare, non replicabile, proprio perché non replicabili sono i bisogni personali di ogni assistito. L'assistenza è olistica, il paziente è preso in carico a livello *globale*, l'accuratezza è massima.

Il traguardo è ancora lontano, il margine di miglioramento è ampio e diversi tratti della strada da percorrere devono ancora essere messi a fuoco, ma l'elevata sensibilità che mostrano avere le organizzazioni sanitarie nei confronti delle pressioni isomorfiche mimetiche, normative e coercitive, legittima la fiducia nei confronti di una progressiva, seppur lenta e graduale, trasformazione dell'azienda ospedaliera su scala nazionale.

La sfida si inoltra così ad un Redesign dell'*intero* sistema assistenziale, che estenda i propri confini al di là della riprogettazione organizzativa prettamente ospedaliera, con

il fine di coordinare e integrare gli sforzi di tutti gli enti assistenziali che appartengono al Sistema Sanitario Nazionale, in una Repubblica che *“tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività”*³⁹.

³⁹ Articolo 32, Costituzione Italiana

7. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

CICCHETTI A., *LA PROGETTAGIONE ORGANIZZATIVA. PRINCIPI, STRUMENTI E APPLICAZIONI NELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE*, MILANO, FRANCO ANGELI / SANITÀ, 2012

CICCHETTI A. (A CURA DI), AA.VV., *I DIPARTIMENTI OSPEDALIERI NEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE. ORIGINI, EVOLUZIONE, PROSPETTIVE*, FRANCO ANGELI / SANITÀ, 2012

MASCIA D., *L'ORGANIZZAZIONE DELLE RETI IN SANITÀ. TEORIE, METODI E STRUMENTI DI SOCIAL NETWORK ANALYSIS*, FRANCO ANGELI / SANITÀ 2009

DAFT R.L., *ORGANIZZAZIONE AZIENDALE. V EDIZIONE*, (EDIZIONE ITALIANA A CURA DI BOLDIZZONI D. E NACAMULLI R.C.D), MAGGIOLI EDITORE 2013

FONTANA F., CAROLI M., *ECONOMIA E GESTIONE DELLE IMPRESE. QUARTA EDIZIONE*, MCGRAW-HILL, 2013

BASSETTI M., *UN SISTEMA INTEGRATO DI GESTIONE DELLE RISORSE UMANE*, FRANCO ANGELI, 2007

LEGA F., MAURI M., PRENESTINI A., *L'OSPEDALE TRA PRESENTE E FUTURO. ANALISI, DIAGNOSI E LINEE DI CAMBIAMENTO PER IL SISTEMA OSPEDALIERO ITALIANO*, EGEA 2010

BLACKMORE C.C., KAPLAN G.S. «*LEAN AND THE PERFECT PATIENT EXPERIENCE*» *BMJ QUAL SAF* 2017; 26:85-86

VANNINI C., *LA SCALA MEWS: MODIFIED EARLY WARNING SCORE*, *NURSE24.IT*, 15 MARZO 2017

[HTTPS://WWW.NURSE24.IT/STUDENTI/RISORSE-STUDENTI/LA-SCALA-MEWS-MODIFIED-EARLY-WARNING-SCORE.HTML](https://www.nurse24.it/studenti/risorse-studenti/la-scala-mews-modified-early-warning-score.html)

CICCHETTI A., GABUTTI I., MASCIA D., «*EXPLORING "PATIENT-CENTERED" HOSPITALS: A SYSTEMATIC REVIEW TO UNDERSTAND CHANGE,*» 22 MAGGIO 2017

MONACHESI A., «*NUOVI BISOGNI DI SALUTE: COME RIORGANIZZARE LA SANITÀ PUBBLICA*», 6 LUGLIO 2017 [ONLINE]
[HTTP://WWW.FONDOASIM.IT/NUOVI-BISOGNI-DI-SALUTE/](http://www.fondoasim.it/nuovi-bisogni-di-salute/)

ISTAT, «*GIORNATA MONDIALE PER LA PREVENZIONE DEL SUICIDIO: LE STATISTICHE DELL'ISTAT*», 9 SETTEMBRE 2017 [ONLINE]
[HTTP://WWW.ISTAT.IT/IT/ARCHIVIO/203366](http://www.istat.it/it/archivio/203366)

ISTAT, «*POPOLAZIONE*», ITALIA IN CIFRE, 2016 [ONLINE]
[HTTP://WWW.ISTAT.IT/IT/FILES/2016/12/2-POPOLAZIONE.PDF](http://www.istat.it/it/files/2016/12/2-POPOLAZIONE.PDF)

ISTAT, «*SALUTE E SANITÀ*», 2016 [ONLINE]
[HTTP://WWW.ISTAT.IT/IT/FILES/2016/12/3-SALUTE-E-SANITA.PDF](http://www.istat.it/it/files/2016/12/3-SALUTE-E-SANITA.PDF)

OASI, AA.VV., *RAPPORTO 2016* [ONLINE]
[HTTP://WWW.SANITA24.ILSOLE24ORE.COM/PDF2010/EDITRICE/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO SANITA/ONLINE/ OGGETTI CORRELATI/DOCUMENTI/2016/11/15/SUMMARY_OASI_2016.PDF?UUID=ADH104UB](http://www.sanita24.ilsole24ore.com/pdf/2010/EDITRICE/ILSOLE24ORE/QUOTIDIANO_SANITA/ONLINE/OGGETTI_CORRELATI/DOCUMENTI/2016/11/15/SUMMARY_OASI_2016.PDF?UUID=ADH104UB)

ASL ROMA 2, *ATTO DI AUTONOMIA E RIORGANIZZAZIONE AZIENDALE*, 27 SETTEMBRE 2016 [ONLINE]
[HTTP://WWW.QUOTIDIANOSANITA.IT/ALLEGATI/ALLEGATO2769199.PDF](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2769199.pdf)

MONGARDI M., BASSI E., DI RUSCIO E., «*OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: STRUMENTI PER LA CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI*», DGSPS, SERVIZIO PRESIDI OSPEDALIERI, REGIONE EMILIA-ROMAGNA, FEBBRAIO 2015

PIANAZZI L., TOVOLI O., «*IL PAZIENTE CHIRURGICO IN UN OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURA: PERCORSO PERIOPERATORIO E RISULTATI A 30 MESI*». EVIDENCE, 26 FEBBRAIO 2015

CANNITO G., «*IL MODELLO CANTARELLI E LA PERSONALIZZAZIONE DELLE CURE INFERMIERISTICHE*», NURSE24.IT, 9 MARZO 2015 [ONLINE]
[HTTPS://WWW.NURSE24.IT/STUDENTI/IL-MODELLO-CANTARELLI-E-LA-PERSONALIZZAZIONE-DELLE-CURE-INFERMIERISTICHE.HTML](https://www.nurse24.it/studenti/il-modello-cantarelli-e-la-personalizzazione-delle-cure-infermieristiche.html)

MORICONI I., GAVINI G., «*JOB DESCRIPTION DEL GESTORE E FACILITATORE DEL CASO* », INFERMIERE OGGI. UNA LAMPADA IN FONDO AL TUNNEL, APRILE/GIUGNO 2015

ONEVIEW, «*THE EIGHT PRINCIPLES OF PATIENT CENTERED CARE*», ONEVIEW BLOG, 15 MAGGIO 2015 [ONLINE]

[HTTP://WWW.ONEVIEWHEALTHCARE.COM/THE-EIGHT-PRINCIPLES-OF-PATIENT-CENTERED-CARE/](http://www.oneviewhealthcare.com/the-eight-principles-of-patient-centered-care/)

GREZZANA M., FUSELLO M., PITTONI G.M., GIOFFREDI A. , PILOTTO A. , PARISI G., «*LA GERIATRIA DI CONTINUITÀ NELLA ULSS 2 DI FELTRE. SPERIMENTAZIONE DELL'OSPEDALE DI COMUNITÀ DI ALANO DI PIAVE*», IL FRACASTORO -

BOLLETTINO DEGLI ISTITUTI OSPITALIERI DI VERONA, LUGLIO-DICEMBRE 2012

SACCARDI S., «*LA NUOVA LEGGE SULLA SANITÀ* », 31 MAGGIO 2015 [ONLINE]

[HTTP://WWW.REGIONE.TOSCANA.IT/-/LA-NUOVA-LEGGE-SULLA-SANITA](http://www.regione.toscana.it/-/la-nuova-legge-sulla-sanita)

SIMONETTI V., COMPARCINI D., BUCCOLINI M., CICOLINI G.,

«*L'INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE COME STRUMENTO ORGANIZZATIVO IN UN CONTESTO CHIRURGICO: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE*», PROFESSIONI

INFERMIERISTICHE, VOL. 67, N.4, OTTOBRE - DICEMBRE 2014 PAG. 235-42

GUARINONI M.G., MOTTA P.C, PETRUCCI C., LANCIA L., «*PROGRESSIVE PATIENT CARE E ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DI CURE: REVISIONE NARRATIVA DELLA LETTERATURA* » *PROFESSIONI INFERMIERISTICHE*, VOL. 66, N. 4, OTTOBRE-DICEMBRE 2013

ROSEMOND C., HANSON L., ENNETT S., SCHENCK A., WEINER B., «*IMPLEMENTING PERSON-CENTERED CARE IN NURSING HOMES* », *HEALTH CARE MANAGE REV.* 2012; 37(3):257

ARCISPEDALE S. MARIA NUOVA DIREZIONE PROFESSIONI SANITARIE, «*IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE: IL PUNTO DI VISTA DELLA DPS*» 21 MAGGIO 2012 [ONLINE]

PARISI G., [INTERVISTA] OSPITE IN «*MEDICINA A CONFRONTO*», 3 GIUGNO 2012

DI MAURO S., «*L'OSPEDALE ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURA: STRUMENTI PER LA CLASSIFICAZIONE DEI PAZIENTI - IL SISTEMA INFORMATIVO DELLA PERFORMANCE INFERMIERISTICA*» UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO BICOCCA, 25 GIUGNO 2012

AICM, « *CMSA STANDARDS PER LA PRATICA DEL CASE MANAGEMENT* », AICM JOURNAL. GIORNALE ITALIANO DI CASE MANAGEMENT, VOLUME 1, NUMERO 1, SETTEMBRE 2012 [ONLINE]

[HTTP://XOOMER.VIRGILIO.IT/INFERMIERICASEMANAGER/RESOURCES/RIVISTA/AICM-JOURNAL-N.1-SETTEMBRE-2012.PDF](http://xoomer.virgilio.it/infermiericaseanager/resources/rivista/aicm-journal-n.1-settembre-2012.pdf)

NARDI R., ARIENTI V., NOZZOLI C., MAZZONE A., « *ORGANIZZAZIONE DELL'OSPEDALE PER INTENSITÀ DI CURE: GLI ERRORI DA EVITARE* », ITALIAN JOURNAL OF MEDICINE, 6 SETTEMBRE 2011

MININNI M., « *LEZIONI DI ANALISI MATEMATICA I* », UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO, 2010 [ONLINE]

[HTTP://WWW.UNIBA.IT/DOCENTI/MININNI-MICHELE/ATTIVITA-DIDATTICA/DISPENSE-E-ALTRO-MATERIALE/ISTITUZIONI-DI-ANALISI-MATEMATICA](http://www.uniba.it/docenti/mininni-michele/attivita-didattica/dispense-e-altro-materiale/istituzioni-di-analisi-matematica)

REGAZZO C., TIBERI P., PIGNATTO A., « *INTENSITÀ DI CURE E COMPLESSITÀ DELL'ASSISTENZA: I DUE NUOVI PARADIGMI DELL'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA* » AGORÀ, N. 44, GENNAIO-MARZO 2010

AZIENDA USL DI BOLOGNA, « *IL NUOVO OSPEDALE DI PORRETTA TERME* », 5 FEBBRAIO 2010 [ONLINE]

[HTTP://SALUTE.REGIONE.EMILIA-ROMAGNA.IT/NEWS/AUSL-BO/IL-NUOVO-OSPEDALE-COSTA-DI-PORRETTA-TERME](http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/ausl-bo/il-nuovo-ospedale-costa-di-porretta-terme)

MORANDI F., MASCIA D., CICCHETTI A., « *ISOMORFISMO E TEORIE ORGANIZZATIVE NEL SETTORE SANITARIO* », 10° WOA, “PER LO SVILUPPO, LA COMPETITIVITÀ E L'INNOVAZIONE DEL SISTEMA ECONOMICO: IL CONTRIBUTO DEGLI STUDI DI ECONOMIA AZIENDALE”, CAGLIARI, 29-30 APRILE 2009

NICOSIA F., TRAMALLONI R., LAGOSTENA A., « *LOTTA AGLI SPRECHI* », DOSSIER OSPEDALE GALLIERA DI GENOVA, GENOVA, 2008

AA.VV. « *IL CLIMA ORGANIZZATIVO NELLE AZIENDE SANITARIE ICONAS: CITTADINI, COMUNITÀ E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE METODI E STRUMENTI* », PROGETTO “CITTADINI, COMUNITÀ E SERVIZIO SANITARIO REGIONALE”, DOSSIER 125-2006

[HTTP://ASR.REGIONE.EMILIA-ROMAGNA.IT/WCM/ASR/COLLANA_DOSSIER/ARCHIVIO_DOSSIER_1.HTM](http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm)

VITTADINI G., CARABALONA R., ROSSI C., *SISTEMI DI INDICATORI E VALUTAZIONI DELLA PERFORMANCE DEGLI OSPEDALI: UNO SGUARDO D'INSIEME*, 2004 [ONLINE]
[HTTPS://BOA.UNIMIB.IT/RETRIEVE/HANDLE/10281/1379/1906/SISTEMI%20DI%20INDICATORI%20E%20VALUTAZIONI%20DELLE%20PERFORMANCE-VITTADINI%20ROSSI%20CARABALONA.PDF](https://boa.unimib.it/retrieve/handle/10281/1379/1906/SISTEMI%20DI%20INDICATORI%20E%20VALUTAZIONI%20DELLE%20PERFORMANCE-VITTADINI%20ROSSI%20CARABALONA.PDF)

HAGGERTY J.L., REID R.J., FREEMAN G.K., STARFIELD B.H., ADAIR C.E., MCKENDRY R., «*CONTINUITY OF CARE: A MULTIDISCIPLINARY REVIEW*. *BMJ: BRITISH MEDICAL JOURNAL*». 2003; 327(7425):1219-1221

JENKINSON C., COULTER A., BRUSTER S., «*THE PICKER PATIENT EXPERIENCE QUESTIONNAIRE: DEVELOPMENT AND VALIDATION USING DATA FROM IN-PATIENT SURVEYS IN FIVE COUNTRIES*», *INTERNATIONAL JOURNAL FOR QUALITY IN HEALTH CARE*, VOLUME 14, ISSUE 5, 1 OCTOBER 2002, PAGES 353–358

INSTITUTE OF MEDICINE, «*CROSSING THE QUALITY CHASM. CROSSING THE QUALITY CHASM: A NEW HEALTH SYSTEM FOR THE 21ST CENTURY*», WASHINGTON D.C. NATIONAL ACADEMY PRESS, 2001

GRANT R. M., «*TOWARD A KNOWLEDGE-BASED THEORY OF THE FIRM*», *STRATEGIC MANAGEMENT JOURNAL*, VOL. 17, SPECIAL ISSUE: KNOWLEDGE OF THE FIRM, PP. 109-122, 1996

FETTER R.B., THOMPSON J.D., «*A DECISION MODEL FOR THE DESIGN AND OPERATION OF A PROGRESSIVE PATIENT CARE HOSPITAL*», *MEDICAL CARE*, VOL. 7, NO. 6, PP. 450-462, LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, NOVEMBRE, DICEMBRE 1969
[HTTP://WWW.JSTOR.ORG/STABLE/3763109](http://www.jstor.org/stable/3763109)

HALDEMAN J. C., «*PROGRESSIVE PATIENT CENTERED CARE: A CHALLENGE TO HOSPITALS AND HEALTH AGENCIES*», *PUBLIC HEALTH REPORTS*, PP. 405-409, MAGGIO 1959

MINISTERO DELLA SALUTE
[HTTP://WWW.SALUTE.GOV.IT/PORTALE/HOME.HTML](http://www.salute.gov.it/portale/home.html)

ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA
[HTTPS://WWW.GALLIERA.IT/](https://www.galliera.it/)

SIMET , «*LINEE GUIDA PER UN MODELLO DI COUNTRY HOSPITAL*»
[HTTP://WWW.SIMETSIND.IT/LINEE+GUIDA.HTML](http://www.simetsind.it/linee+guida.html)

[HTTP://WWW.QSALUTE.IT/RECENSIONI/HOSPITAL-RANKING/](http://www.qsalute.it/recensioni/hospital-ranking/)

[HTTPS://WWW.QUOTIDIANOSANITÀ.IT](https://www.quotidianosanita.it)

[HTTP://WWW.ULSSFELTRE.VENETO.IT](http://www.ulssfeltre.veneto.it)

