

a cura di  
Eugenio Anessi Pessina  
Elena Cantù

# Rapporto OASI 2006

## L'aziendalizzazione della sanità in Italia

prefazione di Elio Borgonovi  
e Francesco Longo

## 13 Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico-organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota

*di Daniele Alesani, Marta Barbieri, Federico Lega e Stefano Villa\**

### 13.1 Trend e prospettive di cambiamento nel settore ospedaliero

Nel panorama sanitario italiano l'ospedale ha tradizionalmente rappresentato il principale punto di riferimento della collettività per tutte le attività di diagnosi, cura, riabilitazione, lungodegenza, educazione sanitaria e prevenzione.

Tuttavia, negli ultimi vent'anni le profonde rivoluzioni verificatesi in ambito tecnico-scientifico, demografico e socioculturale hanno indotto un radicale mutamento di tale scenario:

- la straordinaria evoluzione scientifica e tecnologica ha determinato la possibilità di attuare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative sempre più efficaci e sofisticate al di fuori del contesto ospedaliero, con indubbio vantaggio per la qualità della vita dei pazienti;
- il progressivo invecchiamento della popolazione (vita media, 76 anni per gli uomini e 82,4 per le donne; si stima che nel 2015 il 20 per cento della popolazione italiana avrà più di 65 anni) ha generato un aumento della domanda di servizi, nella maggior parte per il trattamento di patologie di tipo cronico che spesso necessitano anche di un'elevata componente socio-sanitaria, determinando un progressivo spostamento dei servizi verso il territorio e, per converso, crescenti aree di utilizzo improprio dell'ospedale;

---

\* Questo capitolo è frutto di un lavoro di impostazione comune degli autori. In termini di stesura del testo i parr. 13.1 e 13.4.3 sono da attribuirsi a Federico Lega, i parr. 13.2 e 13.4.1 a Stefano Villa, il par. 13.3 a Daniele Alesani e il par. 13.4.2 a Marta Barbieri. Le conclusioni sono invece l'esito di un lavoro congiunto di tutti gli autori. Un sentito e doveroso ringraziamento va a: dottoressa Maria Grazia Stagni (Direttore medico responsabile presidio «Morgagni-Pierantoni», AUSL Forlì); dottor Joseph Polimeni (Direttore sanitario ospedale di Pontedera e Volterra); dottor Rocco Damone (Direttore sanitario, Azienda USL 5 Pisa); dottor Emilio Duca (Direttore sanitario, ASL 3 Foligno), dottor Walter Orlandi (Direttore generale, ASL 3 Foligno), dottoressa Manuela Pioppo (staff programmazione e controllo di gestione, ASL 3 Foligno). Senza il loro prezioso contributo e i dati e informazioni da essi forniteci la realizzazione del presente lavoro non sarebbe stata possibile.

- i progressi socioeconomici e culturali hanno reso la popolazione sempre più consapevole dei propri diritti, partecipe nella definizione del percorso di cura, interessata alle modalità di ospedalizzazione e alle sue alternative, attenta a valutare direttamente o per via mediata la qualità tecnica e alberghiera del servizio ricevuto.

Questo quadro di riferimento, da un lato, e le risorse economiche limitate, dall'altro, impongono una riorganizzazione del sistema di offerta dei servizi sanitari con un ripensamento del ruolo dell'ospedale che procede lungo quattro direzioni:

- la costituzione di reti multiospedaliere;
- la riconfigurazione dei contenuti interni alla rete a seguito di un'integrazione maggiore con i servizi territoriali;
- la riorganizzazione interna del singolo ospedale;
- un migliore e diverso coinvolgimento dei professionisti medici nei processi gestionali e di cambiamento.

La *creazione di reti multiospedaliere* a livello locale e regionale si collega all'obiettivo di ottenere economie di scala e di scopo, attraverso una programmazione coordinata delle attività e dei servizi in termini di investimenti, nuove specialità, ridimensionamenti, potenziamenti ecc. (Lega 2002).

La *riconfigurazione dei contenuti* si collega invece all'obiettivo di favorire la concentrazione dell'offerta attorno a volumi di attività «specializzati» che garantiscano una massa critica e una maggiore coerenza con la domanda conosciuta e potenziale. In questo senso l'attività di riconfigurazione comporta l'analisi e la ridefinizione dei *case mix* produttivi e della distribuzione e modalità di erogazione dei servizi (sotto il profilo organizzativo e clinico). L'individuazione di percorsi del paziente integrati tra servizi ospedalieri e territoriali è una delle premesse su cui – per l'appunto – si fonda la riconfigurazione<sup>1</sup>.

La *riorganizzazione interna* dell'ospedale riguarda invece il ripensamento del tradizionale modello centrato sulle divisioni e servizi e sulla «proprietà» delle risorse produttive da parte di tali unità organizzative.

Negli ultimi anni si sono registrate alcune generali tendenze evolutive dei modelli organizzativi logistici delle strutture ospedaliere (Lega e De Pietro 2005). In particolare appare emergente la tendenza a separare la responsabilità clinica e la responsabilità gestionale, tradizionalmente accorpate in un'unica figura (l'ex primario, oggi dirigente di struttura complessa). Ciò implica l'emergere di nuovi ruoli, tali per cui la responsabilità clinica viene assegnata a équipe di medici sotto la supervisione professionale di uno o più medici *senior* (gli ex primari e gli aiuti), mentre quella gestionale viene attribuita a un «centro

<sup>1</sup> Cfr. Capitolo 15 «Vincere la resilienza al cambiamento: come le aziende sanitarie stanno affrontando le sfide dell'innovazione strategica e del cambiamento organizzativo».

servizi» (il reparto o il dipartimento) governato da una figura medica (di direzione e indirizzo delle attività cliniche) e da una non medica (di regola il responsabile infermieristico di reparto o di dipartimento che dirige e garantisce l'operatività giornaliera delle risorse non mediche e strutturali). Tendenzialmente, si tratta di un'approssimazione al modello anglosassone del dipartimento cogestito da un direttore clinico (*head chief*), con compiti di indirizzo delle attività cliniche, e da un direttore operativo (*administrator*) e un direttore delle risorse assistenziali (*nursing manager*), con compiti di organizzazione e gestione esecutiva delle risorse non mediche dipartimentali.

La separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico consente di gestire in maniera flessibile gli organici infermieristici e le risorse, e di rifocalizzare la professionalità del medico sull'efficacia della cura e sul rapporto con il paziente.

Ciò è particolarmente importante in un momento in cui si avverte la necessità di rifocalizzare il ruolo della componente clinico-professionale «attenuando» la pressione degli aspetti gestionali ed economici.

È proprio in questo contesto che sta evolvendo anche la professione infermieristica, a cui nei nuovi modelli organizzativi vengono richieste competenze di tipo gestionale sempre maggiori (gestione dei posti letto e delle liste di attesa, gestione della logistica, programmazione forniture di materiali ecc.).

La crescente formalizzazione del ruolo esercitato dalla componente infermieristica è favorito dallo sviluppo recente di tale professionalità: i nuovi schemi organizzativi tengono presente questo fattore. Diventa quindi possibile proporre soluzioni innovative per l'organizzazione delle degenze nell'ottica di un'ottimizzazione della produttività delle risorse a disposizione e di recupero della centralità dei pazienti nei processi assistenziali.

Queste soluzioni innovative sono riconducibili all'idea dell'ospedale «per intensità di assistenza e di cura», basato su un modello organizzativo e assistenziale strutturato per aree di pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità che viene di norma classificato in tre tipologie:

- alta complessità assistenziale, al paziente, in pericolo di vita o giunto in condizioni critiche, viene assicurata la massima attenzione onde evitare l'insorgere di complicanze o insufficienze acute;
- media complessità assistenziale, al paziente viene assicurata la stabilizzazione dello stato fisico, con una sorveglianza delle funzioni vitali, ma senza una continuità nell'osservazione;
- bassa complessità assistenziale, al paziente viene assicurata un'assistenza e cura senza sorveglianza particolare. Spesso si tratta della fase conclusiva di transizione verso i servizi territoriali (quali quelli dell'assistenza domiciliare) di un ricovero precedentemente ad alta o media complessità.

Come conseguenza delle riorganizzazioni si rafforza la necessità di un migliore

e diverso *coinvolgimento dei professionisti* nelle dinamiche gestionali, da un lato, e in quelle cliniche, dall'altro. Infatti, le riorganizzazioni, superando il modello professionale tradizionale basato sull'UO e medico-centrico, impongono una riflessione e un cambiamento nelle pratiche gestionali e aprono nuovi spazi per il confronto e la collaborazione interdisciplinare e multiprofessionale sul lato clinico.

### 13.2 Definizione dell'oggetto di ricerca

A fronte del ripensamento in atto del ruolo dell'ospedale moderno con una tendenza verso soluzioni organizzative basate sull'intensità di cura, il capitolo analizza tre casi di ospedali che hanno implementato rilevanti cambiamenti nell'assetto tecnico-logistico finalizzati proprio al superamento del tradizionale modello centrato sulle divisioni e servizi e sulla «proprietà» delle risorse produttive da parte delle unità organizzative.

È importante sin da subito andare a definire cosa intendiamo per assetto tecnico e logistico.

L'assetto tecnico e logistico di un'azienda è dato dall'insieme di elementi che qualificano la configurazione fisico-tecnica dell'azienda, ossia dalle caratteristiche dei fabbricati, degli impianti e attrezzature, delle materie prime, inclusi gli aspetti della loro localizzazione, delle modalità di funzionamento e di impiego e delle strutture di collegamento. Con riferimento alla realtà delle aziende sanitarie, esempi di elementi che fanno parte dell'assetto tecnico e logistico sono:

- il *layout* delle strutture, per esempio, la localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, dei magazzini o dei servizi diagnostici in relazione alle unità organizzative;
- l'organizzazione dei posti letto e delle aree di degenza;
- la localizzazione, l'allocazione organizzativa e le caratteristiche funzionali delle attrezzature sanitarie e delle altre risorse strumentali finalizzate a erogare assistenza;
- l'allocazione e l'insieme di compiti affidati all'organismo personale in riferimento alle scelte di allocazione degli spazi e delle risorse strumentali;
- le modalità di programmazione dell'utilizzo della capacità produttiva rispetto a criteri legati alla tipologia di attività (si pensi ad attività programmabile o in urgenza o alle differenti specialità) e alla variabile tempo (distribuzione attività tra i vari giorni della settimana);
- la configurazione dei sistemi informativi, con particolare riferimento agli strumenti di supporto alle operazioni di gestione caratteristica, come i software per la refertazione in formato elettronico, per la gestione del parco letti, per la prenotazione automatica delle agende ambulatoriali, per la gestione

dell'inventario e la programmazione delle manutenzioni fino al modello dell'*hospital resource planning*.

In sintesi fanno parte dell'assetto tecnico e logistico tutti gli elementi, le condizioni e gli strumenti di supporto che permettono il funzionamento operativo della struttura determinando la configurazione dei processi di assistenza.

Come precedentemente sottolineato l'indagine si è sviluppata secondo la metodologia dei *case studies*, nello specifico i tre ospedali inclusi nell'analisi sono stati:

1. il presidio ospedaliero dell'ASL 3 di Foligno;
2. il presidio «Morgagni-Pierantoni» dell'AUSL di Forlì;
3. l'ospedale di Pontedera e Volterra dell'ASL di Pisa.

La scelta di questi tre casi è stata dettata da una serie di considerazioni. Innanzitutto si tratta di realtà simili rispetto a una serie di dimensioni:

1. numero posti letto;
2. tipo di prestazioni erogate;
3. natura istituzionale (si tratta di presidi ospedalieri).

In due casi su tre (Foligno e Pontedera) tali cambiamenti sono avvenuti in corrispondenza del trasferimento dell'ospedale in una nuova sede.

Nella logica delle direzioni aziendali i cambiamenti dell'assetto tecnico-logistico sono stati preordinati al raggiungimento di finalità di ordine più generale quali:

1. il miglioramento dell'appropriatezza dell'offerta clinico-assistenziale;
2. l'orientamento alla multidisciplinarietà nell'ottica del processo;
3. la soddisfazione dei pazienti;
4. il recupero di efficienza e produttività dei processi caratteristici;
5. l'aumento della visibilità esterna aziendale e la volontà di promuovere soluzioni innovative nei modelli organizzativi di cura, al fine di migliorare le performance dei processi assistenziali in termini di tempistica, appropriatezza, sicurezza e costo.

Attraverso l'analisi e il confronto di queste tre esperienze gli autori mirano a compiere una prima strutturata riflessione sugli effetti dei cambiamenti dell'assetto tecnico e logistico degli ospedali sulle performance finali d'azienda e sui principali elementi che la compongono (assetto organizzativo, patrimonio, organismo personale, combinazioni economiche). Infatti se nei tre casi analizzati i cambiamenti nell'assetto tecnico-logistico sono preordinati al raggiungimento di obiettivi di carattere generale è importante capire quali sono le variabili intermedie che vengono toccate e i meccanismi di propagazione dei cambiamenti introdotti.

Riprendendo quindi la visione «sistemica» dell'azienda (cfr. Capitolo 1) si è

cercato di comprendere se e in che modo i cambiamenti tecnico-logistici siano stati accompagnati da evoluzioni:

1. nelle caratteristiche dell'organismo personale (allocazione, dimensionamento, conoscenze, competenze);
2. nelle modalità di organizzazione del lavoro;
3. nella cultura organizzativa consolidata e in particolare sui rapporti interprofessionali e sulla propensione alla multidisciplinarietà;
4. negli assetti organizzativi e, in particolare nella struttura organizzativa (riconfigurazione delle preesistenti strutture organizzative, nuove o differenti posizioni organizzative, riconfigurazione dei contenuti delle responsabilità consolidate) e nei sistemi operativi (introduzione di nuovi sistemi informativi di supporto, riconfigurazione o arricchimento dei sistemi di programmazione e controllo, evoluzione dei sistemi di formazione, allocazione e valutazione del personale);
5. nella capacità di utilizzo del patrimonio e in particolare di saturazione e di sfruttamento della capacità produttiva potenziale;
6. nella configurazione dei processi caratteristici e in particolare nell'introduzione di nuove linee di servizio (per esempio *week surgery*), nella creazione di appositi *setting* assistenziali (per esempio *area dell'alta intensità di cure*), nella modifica dell'ordine o delle caratteristiche delle fasi del percorso del paziente interno alla struttura assistenziale;
7. nella logistica del paziente ovvero il percorso fisico che il paziente segue dall'entrata nella struttura di assistenza alla sua dimissione.

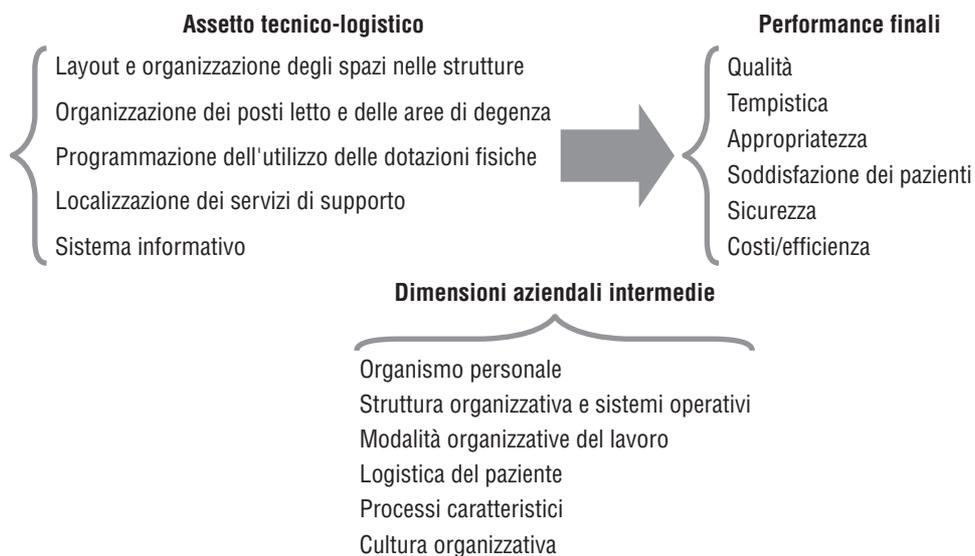
In conclusione, come messo in evidenza dalla Fig. 13.1, il presente contributo cerca non solo di verificare se gli obiettivi perseguiti, in termini di performance finali d'azienda, sono stati raggiunti, ma esamina l'impatto dei cambiamenti introdotti su tutte le dimensioni aziendali intermedie.

Per cercare di rispondere ai precedenti interrogativi di ricerca oltre a una *review* dei principali contributi sul tema presenti nella letteratura internazionale (par. 3), si è cercato di estrapolare tendenze e risultati comuni dall'analisi dei tre casi (par. 4). Per facilitare il confronto delle tre esperienze l'analisi dei casi presenta una struttura comune. Vengono descritti:

1. il contesto di riferimento in cui è nato e si è sviluppato il processo di cambiamento;
2. le caratteristiche intrinseche del cambiamento;
3. gli impatti diretti del cambiamento;
4. il livello di realizzazione dei risultati attesi<sup>2</sup>.

<sup>2</sup> Rispetto a tale ultimo punto, come verrà ribadito anche nel prosieguo, è importante tenere in considerazione che le esperienze analizzate presentano differenti livelli di implementazione.

Figura 13.1 **L'impatto di soluzioni innovative dell'assetto tecnico-logistico in ospedale, schema logico-interpretativo**



Per l'elaborazione dei casi sono state utilizzate diverse fonti:

1. la documentazione ufficiale fornita dalle tre aziende;
2. le informazioni ricavate da una serie di interviste semistrutturate ai principali attori aziendali;
3. dati e notizie presenti sui media o riportate in presentazioni ufficiali.

In particolare, le interviste sono state rivolte ad alcuni interlocutori ritenuti attori fondamentali del processo di cambiamento: al fine di avere una panoramica esaustiva, anche nella prospettiva delle dinamiche interprofessionali del cambiamento, sono stati intervistati medici, esponenti delle professioni sanitarie e delle direzioni aziendali.

### 13.3 Assetto tecnico-logistico e impatto sulle performance finali di azienda: il contributo della letteratura internazionale

Il tema in analisi è stato esplorato nella letteratura internazionale con la tendenza generale a traslare *framework* sviluppati nell'ambito delle aziende di produzione industriale all'interno del settore dei servizi e specificamente del settore sanitario.

Lo studio degli assetti logistici è stato sviluppato lungo due filoni fondamentali di analisi:

- il *facility management* (FM), definito come la programmazione, la realizzazione e la gestione integrata degli edifici e delle soluzioni alberghiere, dei servizi e delle risorse strumentali che contribuiscono all'efficienza, efficacia e flessibilità organizzativa in un ambiente mutevole (Shoet e Lavy 2004b). In questo senso il FM concerne particolarmente il coordinamento degli spazi fisici rispetto alle persone e alle attività svolte dall'organizzazione;
- l'*operations management* (OM) definito come l'insieme delle procedure, degli strumenti e dei ruoli che presidiano il funzionamento dei processi caratteristici mediante l'adeguata gestione dei servizi e delle attività ausiliarie e di supporto, sia sanitarie sia non sanitarie (cfr. Davies e Walley 2000). Sono oggetto di osservazione di tale letteratura il collegamento tra l'assetto tecnico-logistico e il governo clinico e il tema della «reingegnerizzazione dei processi» di supporto nell'ottica del paziente.

In questo senso, mentre il primo filone di studi prende in riferimento una prospettiva «statica» e maggiormente «amministrativa», il secondo è focalizzato sugli aspetti dinamici legati all'integrazione tra aspetti tecnici, logistici e clinici.

Conseguentemente, la letteratura del primo filone presenta spesso un approccio «operativo», focalizzandosi sulle condizioni organizzative, gestionali e gli indicatori di risultato riferiti alle attività qualificanti di FM (Shoet e Lavy 2004a):

1. la programmazione e gestione delle manutenzioni;
2. il controllo delle performance degli impianti e della capacità di sfruttamento delle dotazioni;
3. la gestione del rischio legato all'utilizzo di strutture e infrastrutture;
4. lo sviluppo di queste ultime in coerenza con le politiche di servizio;
5. l'utilizzo dell'ICT come strumento di rinnovamento delle modalità di erogazione di servizi e informazioni.

Vi è poi un approccio di tipo «strategico», particolarmente utilizzato nella prospettiva di OM, che propone dei modelli basati sull'assunto della coerenza tra posizionamento strategico della struttura erogatrice di prestazioni assistenziali, scelte di livello intermedio sulla configurazione tecnico-logistica e performance finali dell'organizzazione (Butler 1996). In questo senso, le scelte sugli assetti logistici e tecnici sono dettate da scelte di ordine superiore che riguardano il livello di proattività o reattività alle innovazioni gestionali (nuovi modelli assistenziali, modalità di distribuzione personalizzata dei farmaci ecc.) o scientifiche e il livello di specializzazione nell'offerta di servizi e condizionano a valle il livello di produttività, efficienza, qualità clinica, soddisfazione dei pazienti ed equilibrio economico.

La differenza maggiore tra la letteratura sul FM e quella sull'OM consiste nel fatto che la prima tende a trattare i processi caratteristici come «scatole nere» o variabili di vincolo rispetto all'assetto tecnico-logistico, la seconda tende invece a entrare nel merito del disegno dei processi. Per esempio, parte della ricerca sull'OM è orientata all'identificazione degli elementi critici per l'allineamento tra le caratteristiche di strutture e infrastrutture e la tempistica dei processi di assistenza codificati, anche in considerazione che il fattore «tempo» è considerato *driver* fondamentale di soddisfazione e di consumo di risorse (Sinreich e Marmor 2005).

Tema che invece risulta comune alla letteratura del FM e OM è la gestione dei posti letto o *bed management* (cfr. Audit Commission 1992; Boaden *et al.* 1999), definibile come il processo che regola l'allocazione, la permanenza e il trasferimento interno del paziente. Tale processo è regolato da un insieme di politiche, procedure e standard coerenti con l'allocazione delle dotazioni tra unità organizzative e attività cliniche, ma è anche condizionato dalle decisioni quotidiane di medici e professionisti sanitari, almeno in parte prese con logica «incrementale» (ovvero della disponibilità immediata). La fase cruciale di tutto il processo è in tale senso il posizionamento iniziale, che condiziona le successive fasi a valle. I contributi focalizzano l'analisi sull'identificazione dei flussi informativi necessari per impostare un processo unitario e sostenibile di gestione dei posti letto e sull'individuazione dei ruoli e dei meccanismi organizzativi necessari per garantire il coerente funzionamento del processo.

Si riportano infine alcuni altri approcci al tema dell'assetto logistico di particolare interesse. Alcuni contributi si concentrano sul problema del dimensionamento efficiente delle dotazioni e dell'allocazione efficiente delle risorse strumentali e degli spazi (posti letto) in relazione alla domanda di riferimento. In questo senso le alternative di dimensionamento e di allocazione delle risorse sono valutate anche in base alle scelte sui modelli organizzativi adottati – specializzazione vs. integrazione multidisciplinare – (Kim 2000; Dumas 1985).

Altra letteratura, di taglio empirico, studia gli impatti delle scelte logistiche sulle condizioni di lavoro, la produttività e la motivazione dei dipendenti. Gli elementi fondamentali richiamati dalla letteratura sono: il non affollamento dei locali aperti al pubblico, l'articolazione «orizzontale» (sullo stesso piano) e non verticale degli ambienti tra loro interoperanti, la chiarezza nella suddivisione e nell'organizzazione interna degli spazi di lavoro (Carver 1990).

Il presente contributo, attraverso l'analisi di tre casi innovativi, si colloca maggiormente all'interno del filone di letteratura legato agli studi di OM per l'attenzione particolare data agli aspetti di disegno e configurazione dei processi. L'obiettivo infatti non è solo compiere un'analisi statica dei cambiamenti dell'assetto tecnico logistico (approccio più tipico del filone di letteratura legato al FM), ma analizzare anche gli aspetti dinamici legati all'integrazione tra aspetti tecnici, logistici e clinici. Inoltre riprendendo la visione «sistemica» d'azienda presente nella letteratura aziendale italiana (Airoldi, Brunetti e Coda 1994) sono state ana-

lizzate le conseguenze dei cambiamenti dell'assetto logistico sulle altre principali dimensioni aziendali (assetto organizzativo, patrimonio, organismo personale e combinazioni economiche).

## 13.4 I casi studio

### 13.4.1 Forlì

**IL CONTESTO** – Nel caso dell'ASL di Forlì la costruzione del nuovo presidio ospedaliero nasce dalla necessità di sostituire il vecchio ospedale risalente al 1902 situato in un'area inadeguata (nel centro storico) e caratterizzato da un assetto logistico frutto dell'affastellamento nel corso degli anni di padiglioni e strutture differenti, poco funzionali alle esigenze assistenziali.

Oltre a una situazione logistica del tutto inadatta rispetto alle esigenze di un ospedale moderno, l'ospedale di Forlì era caratterizzato da elevati livelli di inappropriata e da alti tassi di ricovero. Nell'anno 2002 si registrava un uso improprio (degenza oltre il 14° giorno) dei posti letto pari al 18 per cento dei casi, per un totale di 19.000 giornate consumate.

Nel maggio del 2004, la vecchia struttura ospedaliera è stata fisicamente trasferita in una sede completamente nuova vicino ad altre strutture già facenti parte del presidio ospedaliero. Complessivamente il trasferimento dell'ospedale è costato 104 milioni di euro (circa 300.000 euro per posto letto). Sono stati trasferiti 350 posti letto, 23 UO, 16 aree direzionali, 65 ambulatori e 12 sale operatorie. Le dimensioni si sono praticamente raddoppiate passando da una struttura di 32.000 mq a una di 62.000 mq.

A oggi l'ospedale consta di 558 posti letto ed è strutturato su 4 diversi padiglioni:

1. padiglione Morgagni, la nuova struttura aperta nel 2004, con 350 posti letto;
2. padiglione Allende;
3. padiglione Vallisneri;
4. padiglione Valsalva.

Il trasferimento dell'ospedale nella nuova sede ha rappresentato per l'ASL di Forlì l'occasione per un ripensamento radicale del modello logistico-organizzativo dell'ospedale. Al fine di superare i limiti dei tradizionali modelli organizzativi caratterizzati da inefficienze produttive e da scarsa integrazione tra i diversi professionisti, il modello logistico-organizzativo del nuovo presidio di Forlì è stato pensato attraverso la predisposizione di un sistema di gestione del paziente e delle risorse logistiche e assistenziali organizzato attorno a criteri differenti rispetto a quello tipico della specialità. In particolare si voleva andare a impostare la gestio-

Tabella 13.1 **La destinazione dei padiglioni**

<i>Morgagni piastra 1</i>	• Attività ambulatoriale
<i>Morgagni piastra 2 La torre</i>	• Degenza acuti (terapie intensive, area urgenza, chirurgie specialistiche) • Blocco operatorio
<i>Vallisneri</i>	• Materno-infantile, area oncologica
<i>Allende</i>	• Area di degenza postacuti
<i>Valsalva</i>	• Servizi di supporto, polo formativo

ne dell'ospedale secondo un modello organizzativo per intensità di cura con l'obiettivo di:

1. ridisegnare l'assistenza per intensità di cura, calibrando le risorse a seconda del bisogno clinico-assistenziale del paziente;
2. promuovere un'offerta assistenziale modulare capace di concentrare le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale;
3. facilitare l'accesso alla struttura da parte dei pazienti;
4. ottimizzare l'attività chirurgica liberando capacità produttiva;
5. migliorare l'integrazione ospedale-territorio;
6. consolidare l'organizzazione per processi, promuovendo la massima integrazione tra diverse UO e figure professionali;
7. migliorare l'efficienza complessiva dei processi assistenziali attraverso una riduzione della degenza media e dei posti letto.

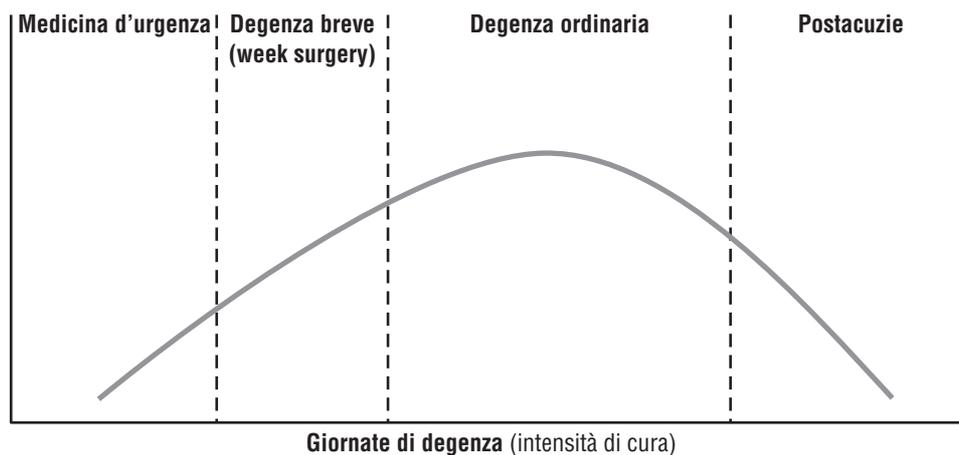
IL CAMBIAMENTO – Al fine di andare a realizzare un approccio di assistenza ospedaliera per intensità di cura è stata utilizzata la variabile degenza attesa come *proxy* per il bisogno clinico-assistenziale dei pazienti.

L'analisi del *case mix* della produzione dell'ospedale di Forlì sulla base della distribuzione della degenza ha portato alla definizione di quattro distinte aree di degenze in cui collocare pazienti caratterizzati da bisogni clinico-assistenziali differenti (cfr. Tab. 13.2). Se rappresentiamo l'intensità di cura (approssimata in questo caso dal numero di giornate di degenza) su una normale gaussiana (cfr. Fig. 13.2), le innovazioni adottate nel nuovo ospedale di Forlì hanno comportato principalmente delle modifiche nella gestione delle code. Fermo restando il cuore centrale di pazienti che hanno bisogno di un ricovero in degenza ordinaria (e, in taluni casi, anche di tecnologie specifiche disponibili nel reparto di terapia intensiva), la coda sinistra della gaussiana sono pazienti medici che possono vedere soddisfatta la propria domanda di cure in percorsi clinici assistenziali dedicati di

Tabella 13.2 **Le aree di degenza in funzione dei bisogni clinico-assistenziali e l'allocazione dei posti letto**

Area di degenza	Degenza attesa	Tipo DRG	Numero di posti letto
Medicina d'urgenza Osservazione breve	0-3 giorni	DRG medici	40
Degenza breve (week surgery)	0-5 giorni	DRG chirurgici	33
Degenza ordinaria	4-14 giorni	DRG medici e chirurgici	396
Postacuzie	> 14 giorni	DRG medici e chirurgici	85

Figura 13.2 **La distribuzione della casistica per giornate di degenza**



durata inferiore ai tre giorni, oppure si tratta di pazienti chirurgici che non necessitano di una degenza postchirurgica superiore ai cinque giorni e che vengono sistemati nell'area di degenza *week surgery*. Viceversa spostandoci nella parte destra della gaussiana abbiamo pazienti che sono usciti dalla fase acuta del loro episodio clinico ma per diversi motivi (tipicamente comorbidità oppure età avanzata) non risultano ancora dimissibili.

Nel prosieguo si entra maggiormente nel dettaglio dei singoli cambiamenti adottati e vengono analizzate in particolare le seguenti innovazioni:

1. l'attivazione dell'area di degenza «ciclo breve»;
2. l'area delle postacuzie;
3. il percorso delle emergenze-urgenze.

*L'area di degenza «ciclo breve»* – È un'area di degenza multidisciplinare dove vengono collocati pazienti chirurgici con degenza attesa inferiore a cinque giorni. Tale area viene materialmente chiusa il venerdì e viene riaperta il lunedì successivo.

A oggi l'area di degenza ciclo breve consta complessivamente di 33 posti letto ripartiti tra le UO di otorinolaringoiatria, chirurgia generale, gastroenterologica, endocrina e mininvasiva, chirurgia e terapie oncologiche avanzate, chirurgia toracica e urologia.

Sebbene esista un'assegnazione formale dei posti letto alle diverse UO, essa non rappresenta un vincolo rigido. La caposala ha infatti il mandato di gestire il parco letti a disposizione in modo flessibile tenendo conto delle esigenze di reparto al fine di sfruttare sempre appieno la capacità produttiva e di venire incontro alle esigenze della domanda.

L'attivazione di una siffatta area di degenza, che risponde a parte degli obiettivi del ridisegno dell'assetto logistico dell'ospedale, è andata a impattare su una serie di altri sistemi operativi aziendali, in particolare:

- *definizione dell'agenda operatoria*, è necessario andare a rivedere l'agenda operatoria dal momento che tutte le tipologie di interventi che si prevede debbano essere inserite nell'area di degenza del ciclo breve devono essere collocate nei primi giorni della settimana (dal lunedì al mercoledì) per consentire l'effettiva dimissione del paziente entro venerdì;
- *i turni del personale* che devono essere organizzati su cinque giorni della settimana (lunedì-venerdì) e non più su sette;
- *il processo di preospedalizzazione*, è necessario prevedere all'interno del processo di preospedalizzazione criteri chiari per l'allocazione dei pazienti a tale specifica area di degenza. La decisione spetta al chirurgo, ma deve essere comunicata al coordinatore infermieristico che ha la responsabilità della programmazione degli accessi per l'intera struttura ospedaliera. La lista dei pazienti del ciclo breve viene infine consegnata al caposala dell'area.

Inoltre, data l'imprevedibilità del decorso postchirurgico, è sempre importante prevedere dei posti letto «polmone» nell'area di degenza ordinaria per consentire il trasferimento di quei pazienti che necessitano, a causa di un aggravamento del quadro clinico-assistenziale, un periodo di degenza superiore ai cinque giorni.

L'attivazione dell'area di degenza ciclo breve ha poi richiesto un forte cambiamento dell'approccio culturale e delle modalità di lavoro da parte sia del personale medico sia di quello infermieristico.

Per quanto concerne l'assistenza infermieristica questo nuovo modello di cura comporta per gli infermieri la necessità di non lavorare più nella logica dei singoli compiti ma di lavorare per funzioni e richiede la capacità di trattare un più ampio *case mix* di patologie. Per quanto riguarda quest'ultimo punto, la presenza di personale infermieristico in grado di trattare pazienti di tipologia diversa può rappre-

sentare un punto di forza e un miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti. Inoltre non esisterebbe più il fenomeno dei pazienti in «appoggio», ovvero sia pazienti collocati in UO diverse da quelle di appartenenza che non vengono per questo presi in considerazione dal personale di reparto. D'altra parte, va notato che una scarsa formazione del personale infermieristico potrebbe determinare viceversa un deterioramento della qualità erogata.

Per quanto riguarda invece la parte clinica, soprattutto nella fase iniziale di transizione, le preoccupazioni dei professionisti hanno riguardato aspetti diversi.

Innanzitutto si sono registrate forti resistenze culturali nei confronti di un modello organizzativo teso al superamento del concetto, consolidato nella cultura ospedaliera, di «proprietà» del posto letto e del personale infermieristico. Come già anticipato, infatti, nell'area di degenza ciclo breve i posti letto, anche se formalmente assegnati alle varie UO, vengono gestiti in modo flessibile per sfruttare appieno la capacità produttiva e venire incontro alle esigenze della domanda. Inoltre in questo nuovo modello organizzativo lo specialista non ha più la propria équipe infermieristica ed è costretto al rispetto dei turni e della programmazione del giro visite. Un'altra preoccupazione sollevata dai professionisti era il rischio della perdita del controllo «clinico» sui propri pazienti. Sotto questo punto di vista la direzione sanitaria dell'Ospedale di Forlì ha spesso sottolineato la differenza tra la gestione clinica del paziente e le modifiche dell'assetto logistico. Nel caso del ciclo breve la responsabilità medico-legale del paziente rimane in capo al chirurgo che ha operato il paziente, così come spetta a lui la firma sulla cartella clinica. Infine i clinici ritenevano che la dispersione dei pazienti su diverse sedi, anche lontane da un punto di vista spaziale, potesse essere fonte di duplicazioni delle tecnologie necessarie e di dispersione dei sanitari.

A due anni dall'entrata a regime del nuovo modello organizzativo, grazie anche a una ferrea pianificazione e alla definizione di logiche e regole chiare per la condivisione delle risorse comuni, i professionisti sembrano apprezzare il modello organizzativo della degenza breve. In particolare vengono apprezzate la modularità e la flessibilità del modello organizzativo, caratteristiche che hanno consentito tra l'altro un aumento della produzione soprattutto riguardo alla casistica a maggiore complessità. Inoltre, viene apprezzata la possibilità di poter concentrare le risorse personali e strumentali a vantaggio di quella popolazione di pazienti caratterizzati da più elevati livelli di complessità clinica (pazienti collocati nell'area della degenza ordinaria).

Alla luce dei successi riscontrati, la direzione aziendale ha in programma il potenziamento dell'attività di ciclo breve e lo spostamento di tutta questa area di degenza presso il padiglione Vallisneri.

*L'area di degenza delle postacuzie* – Nel complessivo ridisegno del modello organizzativo di cura dell'ospedale di Forlì l'area di degenza delle postacuzie rappresentava un tassello chiave. Innanzitutto, nel processo descritto di standardizzazione delle degenze e di creazione di un modello di cura per intensità della stessa,

l'area delle postacuzie rappresenta un *setting* assistenziale dove collocare pazienti acuti (medici e chirurgici), provenienti dai reparti ospedalieri interni, bisognosi di un basso livello di assistenza clinico-assistenziale, ma ancora non dimettibili. L'attivazione di questo reparto ha permesso di alleggerire la competizione su risorse tipicamente scarse di un ospedale quali, per esempio, i posti letto. In secondo luogo, l'area delle postacuzie rappresenta un anello organizzativo essenziale per l'integrazione ospedale-territorio nel trattamento dei pazienti cronici.

In generale si tratta, quindi, di una fase di degenza in cui l'utilizzo di prestazioni diagnostiche e terapeutiche è più limitato; dove l'obiettivo principale è quello di garantire la continuità assistenziale attraverso interventi più concentrati sulla stabilizzazione clinica, il *nursing* e il recupero funzionale.

L'area delle postacuzie conta complessivamente 75 posti letto così ripartiti: 50 posti letto assegnati alla geriatria, di cui 25 posti letto assegnati alla lungodegenza e 25 assegnati a pazienti acuti provenienti dall'area chirurgica più altri 25 posti letto per la lungodegenza di pazienti postacuti provenienti dall'area medica.

A oggi accedono all'area delle postacuzie tre diverse tipologie di pazienti:

1. pazienti interni all'ospedale provenienti dall'area medica e chirurgica (si tratta, in quest'ultimo caso, di pazienti chirurgici complessi);
2. pazienti provenienti dal Pronto Soccorso (PS, tipicamente si tratta di codici bianchi o verdi). A regime tale situazione dovrebbe rappresentare un'eccezione: gli operatori presenti sul territorio (MMG, PLS, guardie mediche) dovrebbero prevenire l'accesso diretto dei pazienti alla struttura ospedaliera attraverso il PS, programmando ricoveri per situazioni non acute nell'area delle postacuzie;
3. pazienti provenienti direttamente dal territorio.

A seconda del quadro clinico assistenziale, il paziente in fase di uscita può essere indirizzato verso diversi *setting* assistenziali:

1. *country hospital*;
2. altre strutture socio-sanitarie presenti sul territorio (RSA o case protette)<sup>3</sup>;
3. programmi di assistenza domiciliare;
4. oppure può essere dimesso a domicilio e preso in carico dal MMG.

In caso di trasferimento del paziente in queste strutture esterne rimane però sempre il medico ospedaliero a determinare l'indirizzo clinico.

Per facilitare l'accesso all'area di degenza delle postacuzie è stato attivato un call center unico attraverso cui devono passare tutte le richieste provenienti dalle strutture che necessitano di un posto letto in questa area di degenza. Per quanto riguarda i pazienti interni, al fine di razionalizzare gli accessi, il reparto, entro la

<sup>3</sup> A 100 metri dall'ospedale c'è una RSA con 18 posti letto.

seconda giornata di degenza, deve segnalare la necessità di un posto letto al reparto di postacuzie.

*Medicina d'urgenza e osservazione breve* – All'interno del PS nel nuovo ospedale è stato attivato un reparto di medicina d'urgenza e un'area per l'osservazione breve. Complessivamente sono stati attivati 40 posti letto: 20 per la medicina d'urgenza e 20 per l'osservazione breve. La medicina d'urgenza può tenere i pazienti sino a un massimo di tre giorni mentre per l'osservazione breve il limite fissato è pari a 36 ore.

I 20 posti letto dell'osservazione breve sono di fatto suddivisi in due blocchi da 10 che rispondono a differenti esigenze clinico-assistenziali. Un blocco di posti letto è dedicato a una casistica meno complessa (si può parlare, mutuando un termine tipico del settore della riabilitazione, di osservazione breve «estensiva»). A titolo esemplificativo, un posto letto in questo blocco può essere assegnato a un paziente giovane con colica addominale o con coliciste con dolore. Viceversa, il secondo blocco di posti letto è di osservazione breve «intensiva». In tale area di degenza può essere collocato, per esempio, un anziano fragile con scompenso cardiaco.

La medicina d'urgenza è invece strutturata come una normale area di degenza ospedaliera: i pazienti generalmente iniziano e finiscono il proprio percorso di cura all'interno di questa area. La medicina d'urgenza ha il compito di stabilizzare i pazienti e di procedere a una diagnosi completa al fine di decidere se procedere al ricovero oppure dimettere il paziente.

Anche l'attivazione di un'area dedicata alla medicina d'urgenza risponde alla logica di creare percorsi differenziati dei pazienti all'interno dell'ospedale. In questo specifico caso il criterio seguito non è tanto la degenza attesa, ma il carattere di urgenza e, quindi, di non programmabilità delle prestazioni richieste. L'obiettivo è quello di creare un percorso delle emergenze/urgenze da tenere il più possibile separato dalla normale attività programmata che si svolge all'interno delle strutture ospedaliere.

Proprio nel tentativo di procedere in questa direzione, all'interno del blocco operatorio unico è stata prevista una sala operatoria dedicata in modo esclusivo alle emergenze/urgenze chirurgiche provenienti dal PS. A questa sala è stata assegnata una équipe (medica e infermieristica) dedicata attiva sulle 12 ore (dalle 8 alle 20; durante le notti vengono fatte solo le vere emergenze avvalendosi del supporto della guardia medica mentre le urgenze vengono rimandate al mattino successivo).

**L'IMPATTO** – Nella descrizione delle singole innovazioni introdotte si è cercato di spiegare l'impatto dei diversi cambiamenti sui meccanismi operativi aziendali e sulle altre dimensioni d'azienda (la programmazione, l'organizzazione del lavoro e dei turni, la gestione del processo di prericovero e così via). Ora cerchiamo, seguendo lo schema logico raffigurato nella Fig. 13.1, di capire l'impatto del cam-

biamento sulle performance finali d'azienda. Anche se stabilire precise relazioni causa-effetto nel campo delle scienze sociali è sempre un esercizio da compiere con tutte le necessarie cautele, i dati e le informazioni raccolte consentono però di compiere una prima disamina degli effetti legati ai cambiamenti introdotti. A distanza di due anni dall'apertura del nuovo ospedale di Forlì, si sono andati delineando alcuni trend generali:

1. *cambio del mix di produzione*, i cambiamenti del modello organizzativo-logistico hanno determinato dei cambiamenti nel mix produttivo. In particolare l'attività di DH si è ridotta a vantaggio dell'attività ambulatoriale e parte dei ricoveri ordinari sono stati trasformati in ricoveri a «degenza breve». Nel periodo 2004-2005 i ricoveri in degenza ordinaria sono passati da 20.267 a 19.408 mentre le prestazioni in DH si sono ridotte da 5.029 a 4.422<sup>4</sup>. Nel caso specifico dell'UO otorinolaringoiatria il numero dei ricoveri in degenza ordinaria si è ridotto da 1.007 casi a 818 mentre il numero di ricoveri in degenza breve è aumentato da 259 a 535;
2. *aumento della complessità della casistica*, negli ultimi due anni il peso medio DRG è passato da 0,99 a 1,19 (+20 per cento);
3. *riduzione della degenza media*, liberando quindi capacità produttiva per trattare meglio una casistica caratterizzata da maggiori livelli di complessità;
4. *aumento della produttività*, il nuovo ospedale di Forlì con una minore dotazione di posti letto è stato in grado di trattare un maggiore volume di pazienti caratterizzati da un elevato livello di complessità;
5. *creazione di un'offerta assistenziale modulare* capace di liberare risorse da concentrare sulla popolazione di pazienti più complessi maggiormente bisognosi di assistenza;
6. nel nuovo modello organizzativo – si pensi in particolare al caso della *week surgery* – gli *infermieri sono chiamati a trattare un più ampio case mix e a ragionare non più per compiti ma per funzioni*. Dopo le normali iniziali resistenze culturali e difficoltà al cambiamento, tutti gli infermieri si sono adattati con entusiasmo. Questo ha avuto come effetto un netto miglioramento della qualità dell'assistenza erogata ai pazienti.

#### 13.4.2 Foligno

IL CONTESTO – L'esperienza di riorganizzazione dei modelli di degenza dell'ospedale S. Giovanni Battista di Foligno nasce e si consolida sulla scorta di un doppio canale di rinnovamento che ha interessato l'ASL 3 della Regione Um-

<sup>4</sup> La riduzione dell'attività di DH deve essere attribuita principalmente alla sua nuova collocazione all'interno dell'area dedicata all'attività ambulatoriale. La contiguità fisica del DH con l'attività ambulatoriale ha infatti determinato un trasferimento di attività e prestazioni dal regime di DH a quello ambulatoriale.

bria: da un lato, il progetto storico (che vede la luce nel 1989) di costruzione di una nuova struttura ospedaliera che fungesse da presidio comprensoriale per il distretto di Foligno; dall'altro, il più recente orientamento regionale alla revisione dei modelli organizzativi secondo la logica della promozione del governo clinico, dell'alta tecnologia e assistenza.

In particolare, i tempi per la realizzazione del nuovo edificio sono stati scanditi dalla raccolta dei fondi, dai diversi adeguamenti del progetto architettonico originale e dal terremoto del 1997 che, se per certi versi ha rappresentato un ostacolo fisico ai lavori, ha per contro sollecitato la necessità di realizzare una struttura nuova, accelerando il convergere di finanziamenti. Concretamente, il nuovo ospedale è stato terminato nel 2005 ed è stato inaugurato il 28 gennaio 2006. Nel corso del mese successivo è stato realizzato il trasferimento: il 25 febbraio 2006 la nuova struttura era totalmente operativa e il giorno successivo la vecchia ha cessato di funzionare.

Per quanto riguarda invece l'input regionale la scelta è stata di attivare modelli organizzativi centrati sul paziente e sui suoi bisogni, creando appropriati *setting* organizzativi e assistenziali.

La regione, dapprima con le indicazioni generali in tema di orientamento alla qualità contenute nel PSR 2003-2005, e successivamente con la D.G.R. 194/2005 «Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione del "centro interaziendale" sui nuovi modelli di degenza presso l'ASL 3 di Foligno», ha individuato nel nuovo complesso ospedaliero la realtà in cui sperimentare percorsi di innovazione organizzativa e tecnologica per soddisfare la necessità della persona e della comunità privilegiando l'appropriatezza dell'assistenza in relazione all'intensità di cura.

L'ospedale di Foligno è uno dei tre presidi ospedalieri<sup>5</sup> dell'ASL 3 al cui vertice è previsto un direttore sanitario, posto in *line* al direttore sanitario aziendale. Sotto il coordinamento del direttore di presidio sono previsti tre direttori di dipartimento: area medica, area chirurgica e area emergenza-urgenza. I dipartimenti ospedalieri di diagnostica per immagini, di patologia clinica, di riabilitazione e materno-infantile, data la loro connotazione transmurale, sono posti in *line* al direttore di presidio sia di Foligno sia di Spoleto. L'articolazione dei tre dipartimenti e la dotazione di posti letto sono riportate nella Tab. 13.3, mentre una rappresentazione semplificata della macrostruttura organizzativa è visibile nella Fig. 13.3.

Si precisa sin da ora che la riorganizzazione attuata in sostanza non ha modificato l'attribuzione di massima dei posti letto alle diverse specialità e la macrostruttura organizzativa, se non per l'inserimento del neocostituito dipartimento per l'organizzazione dei nuovi modelli di degenza.

<sup>5</sup> L'azienda comprende due presidi ospedalieri dell'emergenza urgenza (Foligno e Spoleto), un presidio ospedaliero di territorio (Norcia), un centro di riabilitazione intensiva (Trevi), un centro di riabilitazione estensiva e RSA (Cascia).

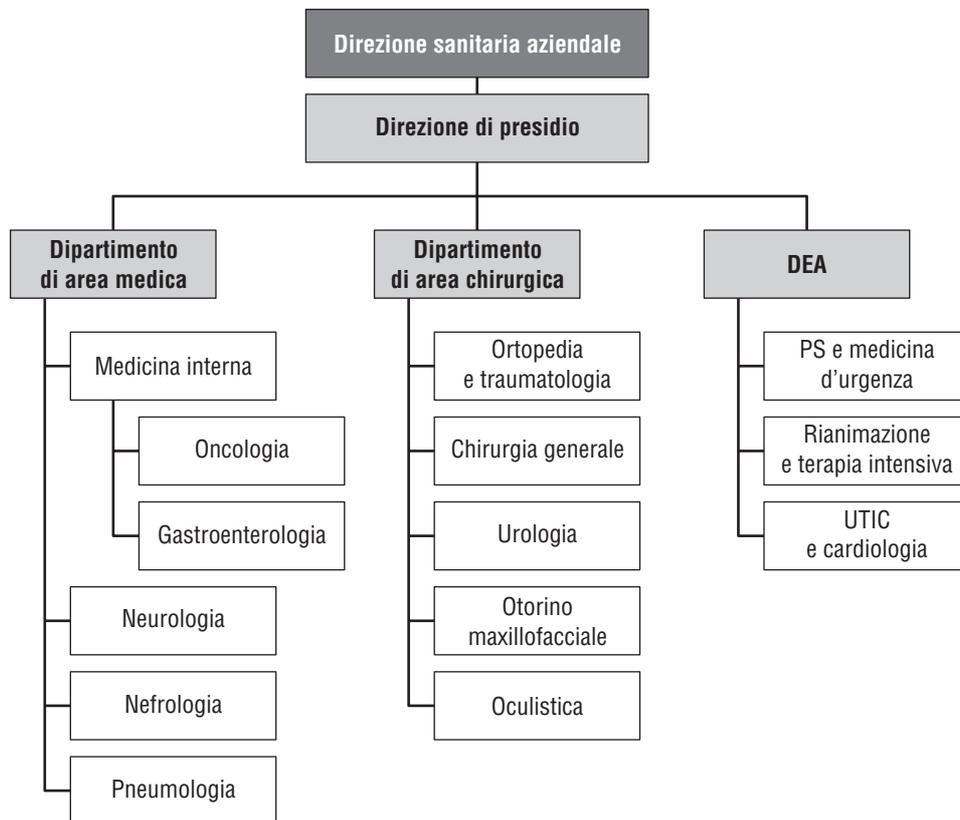
Tabella 13.3 L'articolazione dei dipartimenti di presidio

Unità operativa	Posti letto degenza ordinaria	Posti letto day hospital/ day surgery
<i>Dipartimento di area medica</i>		
Medicina interna	35	12
Oncologia e gastroenterologia	6 + 4	
Neurologia	19	1
Nefrologia	8	2
Pneumologia	15	1
<i>Totale</i>	<i>87</i>	<i>16</i>
<i>Dipartimento di area chirurgica</i>		
Ortopedia e traumatologia	30	16
Chirurgia generale	25	
Urologia	12	
Otorino maxillofacciale	5	
Oculistica	5	8
<i>Totale</i>	<i>77</i>	<i>24</i>
<i>Dipartimento di emergenza e accettazione</i>		
PS e medicina d'urgenza	8	
Rianimazione	8	
UTIC e cardiologia	4 + 8	3
<i>Totale</i>	<i>32</i>	

Gli obiettivi ricercati dalla direzione aziendale con la riorganizzazione, oltre chiaramente a quanto auspicato a livello regionale, sono così riassumibili:

- *razionalizzare e qualificare la spesa*; l'impressione dei vertici, comprovata anche da un'accurata analisi dei dati sui ricoveri, è di un'ampia possibilità di riduzione della durata media delle degenze e della successiva possibilità di ampliare la gamma di offerta di prestazioni, grazie a un utilizzo più mirato e corretto delle risorse patrimoniali, strumentali e umane;
- *migliorare l'appropriatezza*, l'obiettivo è creare le condizioni ideali per i diversi gruppi di pazienti in funzione delle reali esigenze clinico-assistenziali;
- *orientare la cultura dell'integrazione in una logica di gestione per processi*,

Figura 13.3 La macrostruttura organizzativa (sintesi)



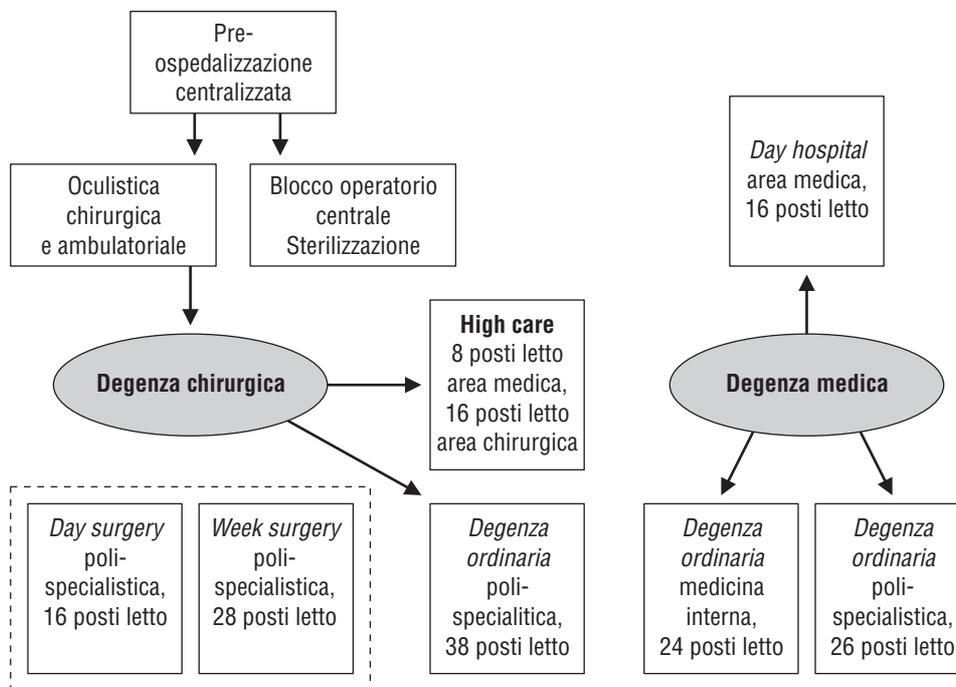
superare l'organizzazione tradizionale improntata alle specialità mediche a favore della costruzione di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali.

IL CAMBIAMENTO – La riorganizzazione del nuovo ospedale è partita dalla ridefinizione dell'area chirurgica e dell'area medica. All'interno della prima area sono stati creati cinque comparti organizzativi:

- blocco operatorio;
- *day surgery* di 16 posti letto;
- *week surgery* di 28 posti letto;
- degenza ordinaria di 38 posti letto;
- *high care* di 16 posti letto<sup>6</sup>.

<sup>6</sup> Come è possibile osservare i posti letto chirurgici individuati, a esclusione della *day surgery*, sono 82 contro i 77 della Tab. 13.3. Tale incremento è dovuto all'estensione della *week surgery* anche alla ginecologia.

Figura 13,4 L'organizzazione dell'area chirurgica e medica



Per quanto concerne l'area medica, sono state individuate le seguenti strutture:

- DH di 16 posti letto;
- degenza ordinaria medicina interna di 24 posti letto;
- degenza ordinaria polispecialistica di 26 posti letto;
- *high care* di 8 posti letto<sup>7</sup>.

La riallocazione dei posti letto in funzione del nuovo modello è riportata nella Fig. 13.4.

Per quanto riguarda l'area chirurgica, il blocco operatorio è composto da otto sale, una sala per i piccoli interventi e una centrale di sterilizzazione. Le sale sono sostanzialmente dedicate alle diverse specialità e lo stesso dicasi per le rispettive équipe operatorie (ferrista, infermiere di sala ecc.). È stata introdotta la lista ope-

<sup>7</sup> I posti letto dell'area medica (a esclusione del DH) sono dunque pari a 58 contro gli iniziali 87. La contrazione è dovuta, da un lato, al fatto che i posti letto della pneumologia fanno oggi parte dell'UTIR (non compresa nell'area medica), dall'altro, a un'effettiva riduzione dei posti della nefrologia, della neurologia e della stessa pneumologia attraverso un processo di sperimentazione iniziato nel 2004 e conclusosi nel 2005.

ratoria unificata redatta ogni venerdì in una riunione tra i chirurghi e il direttore sanitario di presidio. Con riguardo ai ruoli organizzativo-gestionali è stata creata una posizione di coordinatore infermieristico del blocco operatorio.

*Day surgery e week surgery* – Le attività di *day surgery* e *week surgery* (che insieme rappresentano il cosiddetto «ciclo breve» di assistenza) sono fisicamente svolte in due UO confinanti il cui scopo è gestire pazienti che possono essere dimessi rispettivamente entro un giorno dal ricovero o entro il fine settimana (sabato mattina). A queste due unità afferiscono tutte le specialità chirurgiche comprese l'ortopedia e la ginecologia. Nel caso in cui un paziente ricoverato nel ciclo breve sia valutato non dimissibile entro la fine della settimana, viene in linea di principio trasferito in un «polmone» di posti letto (4) creato all'interno del *setting* degenza ordinaria contiguo all'area del ciclo breve. La degenza ordinaria accoglie in generale l'utenza che richiede un livello assistenziale medio; in essa confluiscono, oltre a 20 posti letto ortopedici, tutte le rimanenti specialità. Per quanto riguarda le aree di responsabilità per il ciclo breve (*day surgery* e *week surgery*) sono stati previsti un coordinatore infermieristico e un responsabile medico, per la degenza ordinaria è stato introdotto un coordinatore infermieristico.

*High care* – A livello organizzativo l'area medica sostanzialmente continua a operare come in passato. La vera novità è rappresentata dall'*high care*, una soluzione assistenziale logisticamente condivisa con l'area chirurgica. Tale nuova unità è fisicamente collocata su un piano diverso rispetto alle degenze chirurgiche a basso e medio carico assistenziale mentre è attigua ai reparti di degenza medica (il Riquadro 13.1 riporta una sintetica descrizione dell'assetto logistico del nuovo ospedale). In tale spazio convergono i pazienti che richiedono cure a elevata intensità sia in termini di carico assistenziale che di gravità clinica e che chiaramente non necessitano del trasferimento in unità di terapia intensiva. Nell'ambito del dipartimento di medicina, l'introduzione della nuova area assistenziale è servita ad affinare e consolidare le metodologie di classificazione dei pazienti per intensità di cura, ai fini dell'individuazione del corretto *setting* di riferimento. Per questa unità sono stati previsti due coordinatori infermieristici, che si occupano dell'organizzazione sostanzialmente dividendo i 24 posti letto totali in due ambiti di presidio; rispetto alla componente medica non è stata prevista una responsabilità complessiva. A livello clinico ogni paziente è seguito da un *tutor*; quest'ultimo è responsabile della corretta gestione del piano di cura e funge da referente informativo personalizzato del paziente. Egli è tenuto a operare con la massima flessibilità, integrandosi con altre competenze mediche che si rendessero necessarie e/o con i medici che hanno avuto in cura in precedenza il paziente in un altro *setting*. Per quanto riguarda l'area medica i ruoli di *tutor* sono stati attribuiti a due medici «dedicati» all'*high care*, mentre per l'area chirurgica si alternano i chirurghi di guardia.

Per far sì che il nuovo modello potesse entrare in funzione, i mesi precedenti al

### Riquadro 13.1 L'assetto logistico del nuovo ospedale

I nuovi *setting* organizzativi creati e quelli preesistenti nell'ospedale S. Giovanni Battista di Foligno sono in linea di massima così distribuiti:

- piano terra: area ambulatoriale (medica e chirurgica), servizio di preospedalizzazione, sala prelievi; PS e medicina d'urgenza (emergenza-urgenza), radiologia; PET-TC; reparto dialisi; oculistica ambulatoriale con sale operatorie dedicate;
- primo piano: laboratori (analisi, SIT, anatomia patologica); Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura (SPDC); studi medici;
- secondo piano:
  - area (stecca): *day surgery* + *week surgery* (bassa intensità di cura), degenza chirurgica ordinaria (media intensità di cura);
  - corpo centrale: blocco operatorio e centrale di sterilizzazione; terapia intensiva + UTIR + emodinamica (cure intensive); blocco parto;
  - area (stecca): ostetricia; pediatria;
- terzo piano:
  - area (stecca): Unità di Terapia Intensiva Coronarica UTIC (cure intensive) e cardiologia; DH oncoematologico;
  - area (stecca): *high care* (alta intensità di cure); medicina interna e specialistica\*.

\* Si precisa che il corpo centrale del terzo piano è occupato da impianti tecnici e che comunque l'ospedale ha a disposizione degli spazi a oggi non ancora utilizzati.

trasferimento sono stati dedicati all'elaborazione di alcuni sistemi operativi di fondamentale importanza:

- i criteri di redazione della lista operatoria unificata;
- la definizione dei criteri di accesso e dimissione ai vari *setting* assistenziali e in particolare all'area dell'*high care*;
- la redistribuzione del personale infermieristico e di supporto in funzione del comparto organizzativo.

Cruciale per la tenuta del sistema era infatti la possibilità di concentrare gli interventi chirurgici destinati alla *week surgery* nei primi giorni della settimana, prestando attenzione a non congestionare i giorni centrali, e di distribuire conseguentemente gli interventi di *day surgery* favorendo lo svuotamento del ciclo breve entro il sabato mattina.

La definizione dei criteri di accesso e di dimissione per l'area di degenza *high care* è un ambito di lavoro ancora aperto. Si è tentato di integrare i percorsi logistici e assistenziali (per esempio, il paziente che arriva in PS non può essere spostato direttamente in *high care*, ma è ricoverato in un primo momento nella degenza ordinaria dell'area medica, dove il medico di guardia decide se trasferirlo o meno nell'UO a elevata intensità di cura) sulla base dei criteri clinico-assistenziali (parametri vitali, scale di valutazione dell'autonomia, problematiche psicosociali

ecc.). In questo senso, l'area chirurgica ha iniziato a regolare il flusso dei pazienti in relazione al DRG, mentre l'area medica ha utilizzato schede di valutazione più specifiche basate sui parametri identificati dalla letteratura internazionale per valutare il carico assistenziale.

Infine, si è reso necessario ricollocare le risorse umane e strumentali in funzione dei posti letto e del livello di cura richiesto dai pazienti afferenti.

Si precisa come, in sostanza, il cambiamento non abbia apportato rilevanti modifiche al numero complessivo dei posti letto, soprattutto con riferimento all'area chirurgica. Inoltre, sebbene si sia passati da aree di coordinamento infermieristico allineate con le specialità cliniche ad aree improntate all'intensità di cura, con un'inevitabile contrazione dei ruoli necessari, i precedenti responsabili di UO sono stati riorientati verso ulteriori aree di responsabilità (per esempio, all'interno della *week surgery* è stato individuato il coordinatore referente per i processi di accettazione e approvvigionamento farmaci e il coordinatore per la gestione del giro visite). Anche la precedente macrostruttura organizzativa in termini di responsabili medici di dipartimento e di struttura complessa non è stata modificata da quanto introdotto se non per la creazione del responsabile del ciclo breve e l'attuazione sperimentale del Dipartimento per l'organizzazione dei nuovi modelli di degenza.

L'IMPATTO – Indubbiamente a maggio del 2006, a poco più di tre mesi dall'avvio del nuovo ospedale è difficile trarre delle conclusioni sul cambiamento avviato, soprattutto in termini di effetti sul mix di produzione; è però sicuramente possibile fare un primo bilancio dell'esperienza. A tale scopo sono state realizzate una serie di interviste alla direzione sanitaria aziendale, ad alcuni referenti delle nuove strutture appartenenti alla componente sia medica sia infermieristica e ad alcuni operatori volte a raccogliere le prime impressioni sul nuovo modello.

Al di là della generale fatica e delle tradizionali resistenze che si rilevano pressoché ogniqualvolta si introducano innovazioni profonde e radicali come quella sin qui descritta, sono emersi alcuni ambiti di criticità specifici:

- le difficoltà nella gestione della logistica dei pazienti e degli operatori. La possibilità che un utente ricoverato nella *week surgery* possa prolungare la sua permanenza e necessitare dunque di un trasferimento in degenza ordinaria o in *high care*, per poi essere rimandato nel *setting* di partenza suscita lamentele da parte dell'utente stesso e dei suoi familiari che si sentono «ballottati» all'interno della struttura. Anche i medici reclamano il «girovagare» tra un'UO e l'altra, anche su piani diversi dell'edificio. Questo ha fatto sì che per gestire questa prima fase di transizione si sia optato per:
  - evitare i ritrasferimenti nella *week surgery* dal polmone della degenza ordinaria o dall'*high care*;
  - dimettere direttamente dall'*high care* senza procedere a ulteriori trasferimenti;

- ricoverare i pazienti della chirurgia generale solamente nel ciclo breve e in *high care*, evitando la degenza ordinaria che rimane così quasi esclusivamente destinata alle chirurgie specialistiche.

La direzione sanitaria aziendale è pienamente consapevole che questi correttivi in parte snaturino il disegno di partenza, ma è anche dell'idea che per ottenere dei risultati apprezzabili sia necessario, soprattutto in questo momento, procedere in modo graduale accompagnando con attività di supporto puntuali le maggiori problematiche;

- le difficoltà nel passare da una logica «specialistica» a una «per intensità di cura». Quest'aspetto si evidenzia su diversi fronti, per esempio, nella gestione delle sale operatorie che prevede ancora la presenza di team dedicati e non integrati, oppure la fatica ad accettare l'idea di non avere più a disposizione letti raccolti in spazi fisici di «appartenenza», ma bensì collocati in spazi condivisi, o la «propria caposala»;
- le difficoltà nel gestire la documentazione clinica. In tutti gli ambiti assistenziali ogni specialità, ogni primario, continua a utilizzare la propria cartella clinica appesantendo in modo consistente la gestione in termini di duplicazione e di sforzi di adattamento a *format* differenti, amplificando di conseguenza le possibilità di errori;
- le difficoltà legate alla componente infermieristica. Il tema è piuttosto ampio e complesso. Sostanzialmente il modello proposto sollecita gli infermieri a una professionalità duttile e flessibile in funzione dei differenti contesti operativi. Questa richiesta si scontra con problematiche di carattere sia culturale sia organizzativo. La professione vede il nuovo orientamento alla multidisciplinarietà in contrasto, da un lato, con la tendenza generale a formare infermieri sempre più specializzati, dall'altro, con la sempre più spinta specializzazione della componente medica. Inoltre, gli infermieri che comunque cercano di adattarsi, trovano ostacolo nella richiesta di competenze più ampie e a oggi non sviluppate (poiché nei fatti certe tipologie di pazienti e di fabbisogni non sono mai stati trattati) e nella tendenza a «richiedere» le medesime équipes poiché garanzia di continuità;
- le difficoltà relative alla distribuzione del personale infermieristico e di supporto. La scelta di contenere gli spostamenti dei pazienti e di trattenerli in *setting* «impropri» fa sì che in alcuni momenti UO dimensionate per carichi elevati abbiano in realtà una casistica meno grave da gestire e viceversa UO che dovrebbero avere una casistica più leggera ospitano pazienti che in realtà dovrebbero trovarsi in altri ambiti che non hanno posti disponibili. Questo porta a una percezione di iniquità nella distribuzione del lavoro.

A fronte delle inevitabili criticità proprie di una fase di transizione, sembrano riscontrarsi alcuni risultati positivi, che rappresentano validi presupposti per un effettivo impatto del cambiamento sulle performance cliniche ed economiche dell'ospedale.

Sicuramente l'avvio di un processo di diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale, improntata al superamento delle logiche specialistiche e all'orientamento di una maggiore integrazione organizzativa nella prospettiva dei processi assistenziali e dell'intensità di cura. In particolare, la creazione di nuovi ruoli e la riconversione del contenuto delle responsabilità gestionali nella nuova prospettiva organizzativa sono elementi necessari, anche se non sufficienti, della gestione del cambiamento.

Ancora, l'aumento di collaborazione tra la componente medica e chirurgica, anche mediante la creazione di team interfunzionali per il trattamento di patologie omogenee. Sotto questo punto di vista l'integrazione logistica è stata il «vincolo» e l'elemento di convivenza necessario, che ha creato, peraltro, l'opportunità dell'integrazione. Infine, la possibilità di ampliare e approfondire il dibattito culturale sulla professione infermieristica. I nuovi *setting* assistenziali sollecitano gli infermieri a evolvere la propria professionalità verso un'impostazione multidisciplinare, anziché specialistica. Ciò può rappresentare uno scoglio organizzativo, ma può anche diventare un importante ambito di sperimentazione e di valorizzazione per i professionisti.

Gli ambiti di lavoro nella prospettiva del consolidamento del cambiamento sono numerosi, coerentemente con la portata di quest'ultimo e il fatto di trovarsi in fase di prima sperimentazione. La direzione aziendale sarà prossimamente chiamata a:

- monitorare l'effetto del cambiamento a livello di modifiche del *mix* di produzione e di riduzione delle giornate di degenza;
- aumentare il *commitment* sul rispetto dei criteri di accesso e dimissione dei vari *setting* assistenziali (con particolare riferimento al ciclo breve e all'*high care*); a tal fine potrà essere opportuno avviare un gruppo di lavoro interdisciplinare sulla definizione dei criteri di dimissione dall'UO *high care* per garantire il turnover medio che un'unità di questo tipo prevederebbe;
- garantire la formazione necessaria a tutti i professionisti interessati per poter gestire pazienti medici e chirurgici o afferenti a differenti specialità (non solo con riguardo alle degenze, ma anche rispetto al blocco operatorio).

In una prospettiva di medio periodo ulteriori elementi che, a giudizio degli autori, potrebbero sostenere il cambiamento sono:

- la ricerca di una ancora più profonda integrazione all'interno dei comparti organizzativi attraverso la massima condivisione e interscambiabilità delle risorse non solo umane, ma anche strutturali (per esempio, per quanto riguarda le sale operatorie);
- l'omogeneizzazione della documentazione clinica, ai fini di un'intelligibilità trasversale ai professionisti dell'organizzazione;

- l'estensione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali, strumento concettuale fondamentale per supportare i nuovi flussi logistici dei pazienti;
- l'occupazione degli spazi ancora disponibili presso la struttura ospedaliera con alcuni servizi per garantire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio; si fa riferimento in particolare alla creazione di un'apposita area della lungodegenza, alla quale potrebbero venire trasferiti pazienti provenienti dall'area dell'*high care* e/o della degenza ordinaria in una fase postacuta.

### 13.4.3 Pontedera\*

IL CONTESTO – L'ospedale di Pontedera dispone di 340 posti letto, è costituito da un unico stabilimento, i ricoveri annui ammontano a 18.400 su un bacino di utenza di 90.000 abitanti ed è organizzato in 12 UO.

A partire dall'aprile 2003 l'ospedale, seguendo i criteri della normativa regionale Toscana (L.R. 22/2002) si è organizzato in quattro aree funzionali omogenee raggruppanti le seguenti specialità:

- area medica (UO di medicina 1 e UO di medicina 2);
- area chirurgica (chirurgia generale, urologia, oculistica, ortopedia, otorino);
- area materno-infantile (UO ostetricia e ginecologia e UO di pediatria);
- area delle emergenze (rianimazione e UTIC).

Per comprendere il contesto di partenza, la Tab. 13.4 riporta la strutturazione dell'area chirurgica e dell'area medica prima della riorganizzazione.

Per ottimizzare l'utilizzo delle risorse e rispondere alle difficoltà poste dalla scala dimensionale ridotta si è poi avviato un processo di ripensamento dell'organizzazione ospedaliera basato sul concetto di intensità di cura: un modello organizzativo focalizzato sulla centralità del paziente e sulla condivisione delle risorse.

In particolare, alla luce della relativa specializzazione e complessità della casistica affrontata, ci si è orientati a una riorganizzazione per intensità di cure basata sulla patologia/tipologia di ricovero (chirurgico, medico, pediatrico ecc.), sulla gradazione della complessità del caso (bassa, ricovero «sociale»; media, ricovero breve e lungo ordinario; alta, subintensiva) e sulla durata della degenza (DH, lungodegenti, *week hospital*).

Sono state così previste degenze unificate e articolate nei settori omogenei propri delle specialità che costituiscono l'area funzionale omogenea. Sono state inoltre unificate tutte le attività di DH e di *day surgery*, con la relativa programmazione dell'accesso consentendo il massimo utilizzo delle strutture, e le attività ambulatoriali, le quali sono state disposte in macrosettori che garantiscono un uso più razionale e flessibile delle risorse a disposizione.

\* Questo paragrafo rappresenta un aggiornamento di quanto a suo tempo pubblicato in Lega *et al.* (2003).

Tabella 13.4 **Assetto originale dell'area chirurgica e dell'area medica (posti letto)**

UO	Ricovero ospedaliero	Day hospital	Osservazione breve	Paganti	Totale
<i>Area chirurgica</i>					
Chirurgia generale	38	3	2	2	<b>45</b>
Ortopedia	42	2	0	2	<b>46</b>
Urologia	10	2	0	0	<b>12</b>
Oculistica	6	5	0	0	<b>11</b>
Otorino	7	2	0	0	<b>9</b>
<b>Totale</b>	<b>103</b>	<b>14</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>123</b>
<i>Area medica</i>					
Medicina generale 1	59	2	2	2	<b>65</b>
Medicina generale 2	53	8	2	2	<b>65</b>
<b>Totale</b>	<b>112</b>	<b>10</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>130</b>

#### IL CAMBIAMENTO

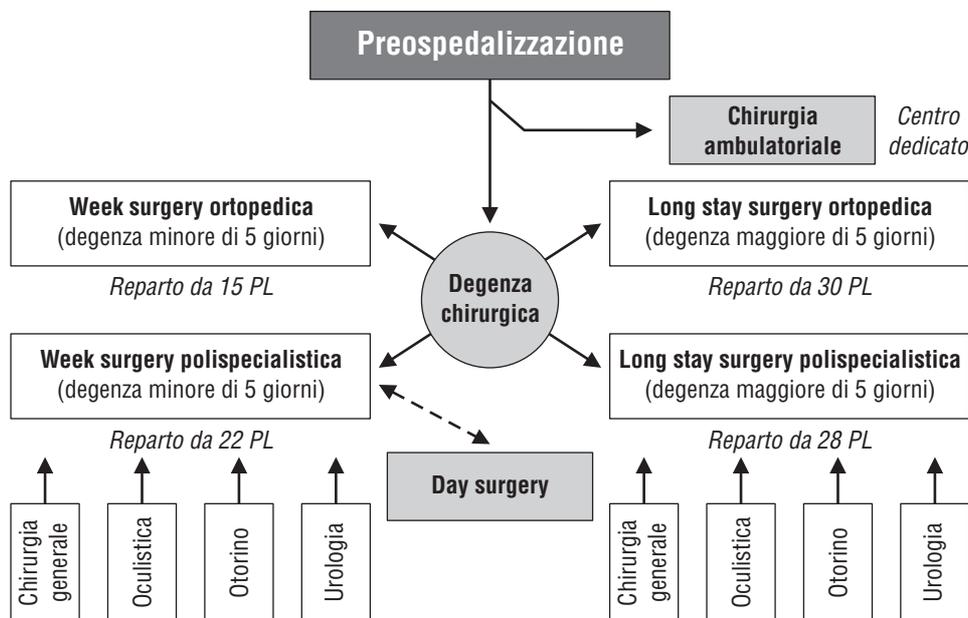
*La nuova organizzazione dell'area chirurgica* – Sul versante del trattamento chirurgico il mutamento si è reso possibile in questi anni anche per l'avvento di metodiche mini-invasive e di procedure anestesologiche più fini, che ha accresciuto sempre più la differenziazione dei percorsi clinico-organizzativi per gli utenti: chirurgia ambulatoriale, *day surgery* e *one day surgery*, aree a degenza ordinaria breve e lunga (Healy e McKee 2002).

Dal giugno 2003, l'area chirurgica è stata riorganizzata secondo un modello per intensità di cura e assistenza basato sulla durata della degenza, con la creazione delle seguenti aree polispecialistiche:

- un reparto multispecialistico per la *day surgery (one day)*;
- un reparto polispecialistico per la «chirurgia breve», con una durata massima di degenza di cinque giorni (*week surgery*), con 22 posti letto per la chirurgia generale, l'oculistica, l'otorinolaringoiatria e l'urologia, più altri 15 posti letto per l'ortopedia (quest'ultima tenuta separata per le specificità assistenziali);
- un reparto per la «chirurgia lunga», con durata della degenza superiore a cinque giorni (*long stay surgery*), costituito da 30 posti letto per l'ortopedia e altri 28 suddivisi fra le restanti UO.

Tali interventi organizzativi appena descritti hanno portato a un nuovo modello organizzativo graficamente rappresentato nella Fig. 13.5.

Figura 13.5 La nuova organizzazione dell'area chirurgica



Gli importanti cambiamenti, implementati nell'area chirurgica dell'ospedale di Pontedera, hanno richiesto una serie di azioni sui meccanismi operativi:

- riallocazione alle varie specialità delle sedute operatorie in funzione del regime assistenziale e della tipologia di reparto utilizzato; nei fatti, l'allocazione delle ore di sala operatoria determina l'occupazione da parte delle varie specialità dei posti letto nei diversi reparti;
- revisione di parte delle procedure e modulistica sanitaria (gestione liste di attesa, note operatorie, schede di preospedalizzazione ecc.);
- revisione del piano dei centri di costo e responsabilità;
- revisione dell'intero processo di *budgeting*, ora centrato sull'area funzionale e non più sulle singole specialità-strutture complesse.

Inoltre, al fine di agevolare i cambiamenti introdotti, sono state realizzate le seguenti attività:

1. creazione di una stanza di degenza «volano» di tre-quattro posti letto nei reparti di chirurgia lunga;
2. incremento del numero di posti letto di degenza breve intensiva (max 24 ore) e di durata breve di degenza (max 72 ore) al PS;

3. utilizzazione di protocolli diagnostico-terapeutici condivisi tra PS e area chirurgica sui principali quadri patologici;
4. gestione, per alcuni quadri nosografici di pertinenza chirurgica, della degenza preoperatoria dell'area medica (per esempio, pazienti ortopedici con frattura di femore, interventi di artroprotesi, colecistite acuta ecc.);
5. attivazione di progetti incentivanti per tagliare alcuni eccessi di domanda nel breve periodo (per esempio, picco di casistica traumatologica).

Da sottolineare tuttavia come la riorganizzazione dell'area chirurgica non sia stata scevra di problemi più o meno importanti che sono stati risolti nel corso dei tre anni. In particolare, al primo posto si colloca la resistenza culturale a lavorare in modo diverso da parte dei medici, che ha richiesto processi collegiali e partecipativi di decisioni e momenti di sensibilizzazione interni ed esterni per costruire il consenso.

*La nuova organizzazione dell'area medica* – La riorganizzazione dell'area medica ha presentato indubbiamente una maggiore complessità nella sua fase di attuazione, fondamentalmente da ricondurre alla difficoltà in quest'area di programmare i ricoveri – al di là del ricovero diurno – cosa che rende complesso evidenziare un *week hospital*. Infatti, per i pazienti di medicina interna la modalità di accesso principale avviene tramite il PS, con una concentrazione dei casi soprattutto nel fine settimana quando il medico di medicina generale non è presente.

Nonostante le suddette difficoltà il progetto di riorganizzazione ha portato all'individuazione, a partire dall'inizio del 2006, di un *week hospital* all'interno dell'UO di medicina 1 con 20 posti letto in dotazione.

Il nuovo modello organizzativo dell'area medica può essere quindi rappresentato come nella Fig. 13.6.

Il ricovero in *week hospital* può essere programmato da:

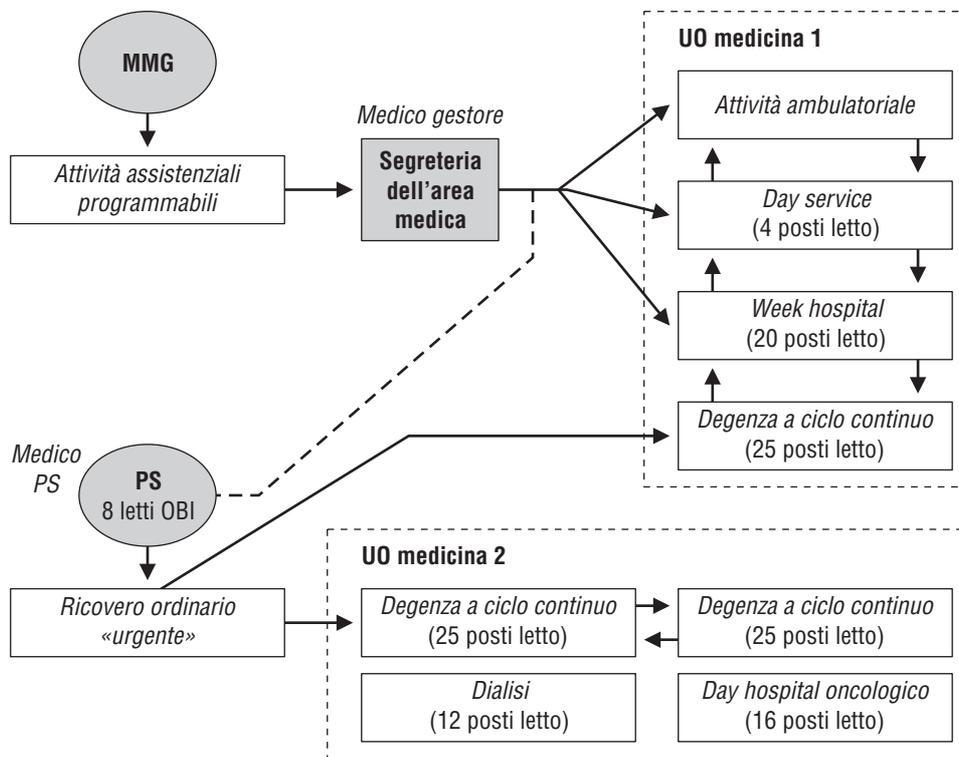
1. il medico di medicina generale;
2. il medico specialista (interno/esterno);
3. il medico della struttura dedicata al *week hospital*;
4. il medico del PS e gli altri medici del presidio ospedaliero.

L'eventuale lista di attesa viene evasa secondo lo scorrimento temporale delle prenotazioni, anche se nel sospetto fondato di patologia grave (neoplastica) può non essere tenuta in considerazione la data di prenotazione e anticipato il ricovero.

Dato il collo di bottiglia rappresentato dalla diagnostica per immagini vengono ovviamente procrastinati gli accessi quando vi è certa indisponibilità della diagnostica specifica (TAC, RNM ecc.).

Per quanto riguarda «l'inclusione» è stato ritenuto sufficiente stabilire dei crite-

Figura 13.6 L'organizzazione dell'area medica di Pontedera e modalità di accesso



ri generali di accesso piuttosto che indicare le singole patologie gestibili in *week hospital*. Tali criteri sono:

- utente stabile dal punto di vista clinico senza criteri di urgenza;
- caso clinico in cui sia assolutamente programmabile l'iter diagnostico entro cinque giorni (preferibilmente primo approccio alla problematica clinica);
- presenza di sintomi di carattere generale (astenia, dimagrimento, anoressia ecc.);
- presenza di esami ematochimici/strumentali alterati.

Il nuovo schema organizzativo dell'area medica si completa poi con la creazione di alcuni team specialistici al fine di dedicare al paziente durante il suo ricovero le massime competenze professionali in funzione della sua patologia prevalente. I medici dell'area si sono quindi organizzati nei seguenti team specialistici aventi lo scopo di affinare il livello di specializzazione dei professionisti (tema critico per un ospedale medio-piccolo generale), di prendere in carico i pazienti e individuare le migliori soluzioni diagnostiche e terapeutiche: team

gastroenterologico, pneumologico, endocrinologico, ematologico, reumatologico, cardiologico, nefrologico, neurologico.

L'IMPATTO – Alla luce di tre anni di sperimentazione del nuovo modello nell'area chirurgica, si osserva un bilancio positivo dell'esperienza, riscontrabile nei dati che sottolineano come (Tab. 13.5):

- a. siano diminuiti:
  - i ricoveri ordinari (soprattutto quelli inappropriati rispetto ai criteri regionali);
  - la degenza media;
- b. siano aumentati:
  - il tasso di operatività (numero ricoveri chirurgici che vanno in sala operatoria/ricoveri chirurgici dimessi);
  - il tasso di occupazione;
  - il peso medio;
  - gli interventi chirurgici;
  - l'indice di rotazione.

Si è anche riscontrato un altissimo tasso di ottimizzazione (secondo appropriatezza LEA) della *day surgery* e chirurgia ambulatoriale, nonché una riduzione significativa dei ricoveri fuori soglia.

Molto buoni sono stati anche i risultati del *week hospital* medico, che ha visto la seguente produzione nel primo trimestre 2006:

- 139 ricoveri;

Tabella 13.5 **Dati di produzione 2001-2005**

Indicatore	2001	2002	2003	2004	2005
Posti letto	111	111	110	98	91
Ricoveri	5.003	4.979	3.011	2.987	2.857
Degenza media	5,01	4,92	4,91	4,70	4,81
Tasso di occupazione	65,35	61,19	67,41	76,05	81,9
Indice di rotazione	45,07	45,4	50,11	58,87	59,46
Intervallo del turnover	2,77	3,12	2,37	1,49	1,27
Tasso di operatività	64,62	74,94	76,52	78,01	81,45
Peso medio DRG	1,12	1,31	1,51	1,52	1,61
Mobilità passiva percentuale	29,0	24,1	36,8	30,6	30,1
Mobilità attiva percentuale	17,7	13,3	19,3	22,1	21,1

- età media dei pazienti ricoverati, 65 anni;
- media dei giorni di degenza, 4,74;
- peso medio DRG, 1,24.

Positiva è anche la comprensione dei nuovi ruoli chiave che emergono nella riorganizzazione e che sono stati adeguatamente presidiati:

- il responsabile infermieristico di area (medica e chirurgica);
- il responsabile di area (medica e chirurgica).

Il primo, svolge principalmente le seguenti funzioni:

- gestione dei posti letto assegnati all'area;
- gestione delle procedure di accesso al ricovero e delle liste di attesa e conservazione dei relativi registri;
- gestione dell'assistenza infermieristica e alberghiera dell'area funzionale di riferimento;
- collegamento con il responsabile dell'area funzionale di riferimento.

Il secondo invece si occupa principalmente di governare le responsabilità cliniche e gestionali relative alla componente medica, ovvero della programmazione delle attività, dell'allocazione delle risorse scarse (sala operatoria), dell'applicazione degli strumenti relativi ai contratti del personale (posizioni, valutazione della dirigenza ecc.).

In sintesi, il modello organizzativo implementato nel presidio ospedaliero «Lotti» di Pontedera ha prodotto fino a oggi un significativo miglioramento dei principali indici di efficienza operativa e ha stimolato l'abbattimento della degenza media pre e postoperatoria dei DRG chirurgici a maggiore frequenza. Tale riduzione deve essere vista anche sotto l'ottica di un'assistenza sanitaria ospedaliera in cui vengono presi sempre più in considerazione gli aspetti qualitativi e di governo clinico; si ricorda a tale proposito, per esempio, che la durata delle degenze è – a parità di altri fattori – il principale fattore di rischio delle infezioni ospedaliere e la principale variabile *proxy* che palesa – a parità di DRG di dimissione – profili diagnostico-terapeutici e approcci chirurgici diversi.

L'ottimizzazione dell'utilizzo delle sedute operatorie e il conseguenziale incremento del turnover ha permesso, inoltre, di ridurre le fughe dell'utenza dal bacino di residenza proprio del presidio ospedaliero e in alcuni casi anche di produrre buone attrazioni dalle aziende limitrofe.

Infine, rimane da sottolineare come una riorganizzazione tipo quella operata da Pontedera abbia richiesto una modifica dei meccanismi operativi, come già accennato in precedenza, a partire dal sistema di budget e di controllo di gestione. In particolare, deve essere data attenzione, oltre a ripensare l'architettura dei centri di costo, allo sviluppo di un cruscotto di indicatori di attività in linea con le esi-

genze della nuova organizzazione. In tale senso si propongono di seguito alcuni nuovi indicatori di attività introdotti:

- *week surgery*:
  - numero ricoveri con giorni di degenza > 5gg/totale ammessi;
  - numero trasferimenti venerdì/totale ammessi;
  - numero ricoveri in elezione/totale ammessi;
  - numero ricoveri in urgenza/totale ammessi;
- *long stay surgery*:
  - numero ricoveri con giorni di degenza < 5gg/totale ammessi;
  - numero trasferimenti dalle degenze brevi/totale ammessi;
  - numero trasferimenti alle degenze brevi/totale ammessi;
  - numero ricoveri in elezione/totale ammessi;
  - numero ricoveri in urgenza/totale ammessi.

### 13.5 Conclusioni

Le tre realtà ospedaliere analizzate nel presente contributo hanno apportato cambiamenti nell'assetto tecnico-logistico al fine di ottimizzare il *match* tra le caratteristiche clinico-assistenziali della domanda e la struttura di offerta. In particolare, i tre casi aziendali sono andati a costruire percorsi fisici e soluzioni organizzative/logistiche basate sul concetto di intensità di cura, al fine di superare la tradizionale assegnazione delle risorse e degli spazi basata sul criterio della specialità clinica e del reparto.

Partendo dal fatto che si possono ipotizzare diverse determinanti dell'intensità di cura, la definizione dei percorsi dei pazienti nei tre casi analizzati è stata basata su criteri e logiche differenti:

- *degenza attesa*, pazienti (medici e chirurgici) che si prevede necessitino di un soggiorno in ospedale inferiore ai cinque giorni vengono collocati in aree di degenza separate che vengono fisicamente chiuse al venerdì sera. Si veda l'esperienza del *week surgery* attivata in tutti e tre i casi analizzati e l'esperienza del *week hospital* per i pazienti medici attivato nel caso dell'ospedale di Pontedera;
- *urgenza*, sempre più spesso gli ospedali moderni cercano di tenere il più possibile separata l'attività programmata da quella in emergenza/urgenza, creando percorsi specifici per i pazienti in emergenza/urgenza provenienti dal PS. Si veda a tal proposito il caso del percorso emergenze/urgenze attivato all'interno dell'ospedale di Forlì;
- *assorbimento di tecnologie*, tra i criteri qui analizzati quello dell'assorbimento di tecnologie è quello più tradizionale e utilizzato in tutti gli ospedali. Pazienti caratterizzati da un particolare quadro clinico necessitano di particolari tecno-

logie; vengono così create aree di degenza specifiche caratterizzate dalla presenza di tecnologia avanzata ad alto costo (si pensi, per esempio, all'area della terapia intensiva);

- *complessità assistenziale*, determinati pazienti presentano un quadro clinico che non richiede il supporto di particolari tecnologie, ma necessitano di una più attenta e continua assistenza infermieristica. Si possono così creare specifiche aree di degenza con livello tecnologico del tutto simile a quello delle aree di degenza ordinaria, ma con un rapporto infermieri-pazienti più alto. Si veda il caso dell'area di degenza *high care* attivata nell'ospedale di Foligno;
- *inpatient vs. outpatient*, un'altra tendenza che si registra nei moderni ospedali è quella di tenere logisticamente e fisicamente separati i percorsi del paziente ambulatoriale (e di DH) dal percorso del paziente acuto che necessita di una degenza ospedaliera. Tutti e tre i casi analizzati stanno procedendo in questa direzione creando percorsi per il paziente ambulatoriale completamente scollegati dalla rimanente attività dell'ospedale.

L'analisi dei tre casi studio è stata impostata su tre livelli differenti:

- si è proceduto dapprima a una descrizione puntuale delle soluzioni innovative adottate;
- si è poi cercato di capire i cambiamenti indotti dalle innovazioni sui principali meccanismi operativi;
- infine, laddove possibile, si è cercato di analizzare l'impatto dei cambiamenti sulle principali performance finali dell'azienda.

In particolare, le modifiche dell'assetto tecnico-logistico hanno prodotto cambiamenti sui meccanismi operativi e su altri processi aziendali collegati, tra cui i più rilevanti sono:

- nella pianificazione delle agende operatorie;
- nella revisione delle procedure e modulistica sanitarie;
- nella revisione del piano dei centri di costo e di responsabilità;
- nel processo di preospedalizzazione;
- nella logistica del paziente;
- nei meccanismi di coordinamento tra reparti e UO;
- nella programmazione del processo di dimissione;
- nella gestione delle liste di attesa;
- nell'organizzazione del personale.

Rispetto al conseguimento degli obiettivi perseguiti, i dati raccolti e le informazioni desunte dalle interviste sul campo sembrano suggerire che le tre aziende stanno andando nella giusta direzione. In particolare si è registrato un miglioramento dell'efficienza operativa (espressa da un miglioramento dei tradizionali

indicatori quali degenza media e tasso di occupazione). È cambiato inoltre il *case mix* della produzione con una riduzione dei ricoveri ordinari e un aumento del peso medio DRG. Tali cambiamenti vanno letti sotto l'ottica della creazione di un sistema modulare di assistenza disegnato in modo tale da spostare, laddove appropriato, il paziente verso aree di assistenza a minore livello di intensità e a minore consumo di risorse. Infine, è cambiato il modello culturale di gestione del paziente con la creazione di nuovi ruoli organizzativi (si pensi alla creazione del *tutor* clinico nel caso dell'ospedale di Foligno oppure al responsabile infermieristico d'area nel caso dell'ospedale di Pontedera) e una maggiore responsabilizzazione del personale infermieristico. Tali nuovi modelli organizzativi riducono le linee di responsabilità, viene spezzata la catena obbligatoria di infermiere, medico, caposala, primario. Se il sistema funziona la delega è sul professionista che ne ha la diretta responsabilità con miglioramento dell'efficienza e della qualità (decide chi conosce il problema).

Da ultimo va sottolineata la presenza in tutti e tre i casi analizzati di diverse condizioni simili che hanno agevolato e consentito la positiva introduzione delle citate soluzioni innovative. Tra queste condizioni si segnalano:

- le dimensioni medie dell'ospedale che hanno permesso di ideare e sperimentare soluzioni organizzative in presenza di un numero di variabili non così elevato da rendere inapplicabili approcci tendenzialmente razionali;
- la disponibilità dei professionisti al cambiamento;
- il trasferimento in un nuovo ospedale che ha reso più facile la riprogettazione della logistica del paziente permettendo di disegnare la distribuzione degli spazi e i percorsi fisici partendo da zero<sup>8</sup>;
- il fatto che fosse reso chiaro che le soluzioni tecnico-logistiche adottate erano comunque sempre state considerate subalterne e funzionali alle esigenze dei professionisti, da un lato, e del paziente, dall'altro;
- l'attivazione di una serie di meccanismi operativi e sistemi di controllo che hanno accompagnato e supportato i cambiamenti introdotti;
- la presenza di un gruppo dirigente che ha investito grande energia nel progetto presenziando costantemente ai vari gruppi di lavoro.

Rispetto alla distinzione tra ospedali di grandi dimensioni e quelli medio-piccoli, occorre sottolineare come la stessa filosofia riorganizzativa sopra discussa possa trovare un percorso implementativo diverso che si può concretizzare non tanto a livello di stabilimento nel complesso, ma all'interno dei dipartimenti ospedalieri.

In questo lavoro, tramite l'osservazione di alcuni casi studio che hanno requisiti di esemplarità, ci si è proposti di riflettere sulla portata del cambiamento che il modello organizzativo per intensità di assistenza e di cura sta producendo negli ospedali, sui professionisti in essi operanti, sui processi organizzativi e

<sup>8</sup> Questa condizione è vera nei casi di Foligno e Forlì.

clinici. Un modello che, seppure a fronte di un quadro organizzativo nazionale differente tra regione e regione, non si è basato su un preciso disegno programmatico, ma su spontanee iniziative aziendali e si sta piano piano affermando come modello in grado di rispondere in maniera convincente alle nuove esigenze gestionali e sanitarie.

### Bibliografia

- Airoldi G., Brunetti G., Coda V. (1994), *Economia aziendale*, Bologna, Il Mulino.
- Audit Commission (1992), *Lying in Wait: The Use of Medical Beds in Acute Hospitals*, Londra, HMSO.
- Boaden R., Proudlove N., Wilson M. (1999), «An Exploratory Study of Bed Management», *Journal of Management in Medicine*, vol. 13, n. 4, pp. 234-250.
- Butler T., Keong Leong G., Everett L. (1996), «The Operations Management Role in Hospital Strategic Planning», *Journal of Operations Management*, n. 14, pp. 137-156.
- Cosmi L. (2004), «Introduzione alla clinical governance: definizione, sviluppo e contenuti operativi», in V. Tozzi, P. Tedeschi (a cura di), *Il governo della domanda. Tutela della salute, committenza, programmazione-acquisto-controllo*, Milano, McGraw-Hill.
- Cosmi L., Del Vecchio M. (a cura di) (2003), *Il risk management nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill.
- Davies C., Walley P. (2000), «Clinical Governance and Operations Management Methodologies», *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 13/1, pp. 21-26.
- Dumas M.B. (1985), «Hospital Bed Utilisation: An Implemented Simulation Approach to Adjusting and Maintaining Appropriate Level», *Health Service Research*, vol. 20(1).
- Grilli R., Taroni F. (2004), *Governo Clinico*, Roma, Pensiero Scientifico.
- Healy J., McKee M. (2002), «Implementing Hospital Reform in Central and Eastern Europe», *Health Policy*, n. 61, pp. 1-19.
- Kim S., Horovitz I., Young K., Buckley T. (2000), «Flexible Bed Allocation and Performance in the Intensive Care Unit», *Journal of Operational Management*, vol. 18.
- Lega F. (1998), «Scelte strategiche e ridefinizione dei confini dell'ospedale: dalla struttura focalizzata all'organizzazione a rete», *Organizzazione Sanitaria*, n. 1.
- Lega F., De Pietro C. (2005), «Converging Patterns in Hospital Organization: Beyond the Professional Bureaucracy», *Health Policy*, n. 74.
- Lega F. (2002), *Gruppi e reti aziendali in sanità. Strategia e gestione*, Milano, Egea.

- Lega F., Polimeni J., De Lucis S., Fraccaro S., Ghepari F., Sosio F. (2003), «Nuove prospettive nell'organizzazione dell'ospedale generale di comunità: il caso dell'Ospedale di Pontedera», *Organizzazione Sanitaria*, n. 3-4, luglio-dicembre.
- McSherry R., Pearce P. (2002), «What is Clinical Governance?», in *Clinical Governance. A Guide to Implementation for Healthcare Professionals*, Oxford, Blackwell.
- Shohet I., Lavy S. (2004a), «Healthcare Facilities Management: State of the Art Review», *Facilities*, vol. 22, n. 7/8, pp. 210-220.
- Shohet I., Lavy S. (2004b), «Development of an Integrated Healthcare Facilities Management Model», *Facilities*, vol. 22, n. 5/6, pp. 129-140.
- Sinreich D., Marmor Y. (2005), «Ways to Reduce Patient Turnaround Time and Improve Service Quality in Emergency Departments», *Journal of Health Organization and Management*, vol. 19(2).
- Tozzi V. (2004), «La gestione per processi in sanità», *Mecosan*, n. 50.
- Vissers J. (1998), «Patient Flow-based Allocation of Inpatient Resources: A Case Study», *European Journal of Operational Research*, n. 105, pp. 356-370.