

A PAG. 20-21

Oasi 2011

**L'ospedale  
«per intensità  
di cure»  
come modello  
per garantire  
i bisogni  
dei pazienti**

OASI 2011 / Cergas Bocconi: l'ospedale per intensità di cure riconosce le esigenze dei pazienti

# Ricoveri gestiti per complessità

Da ripensare anche il management - Primi risultati nel recupero di efficienza

**Iter organizzativi  
differenziati**

**Reparti high,  
usual e low care**

**M**anagement fashion. Probabilmente questa è la definizione che meglio descrive quanto è stato scritto e discusso negli ultimi anni sul tema dell'ospedale per intensità di cura. Un tema spesso agitato anche strumentalmente come uno spauracchio per resistere ai recenti tentativi di innovazione organizzativa nella gestione dell'ospedale.

Per superare l'approccio alla "moda", e trovare la sostanza del ragionamento su cui si fonda l'idea di un ospedale modulato anche per intensità di cura occorre chiarirsi sui contenuti del più ampio cambiamento organizzativo che sta interessando il mondo ospedaliero.

La base di questo cambiamento è il riconoscimento che l'ospedale, con riferimento alle problematiche di organizzazione interna, si confronta con due priorità:

- aumentare l'efficienza nell'uso delle risorse a disposizione, la loro produttività;
- rispondere a bisogni di cura e assistenza di un paziente in continua evoluzione, più complesso, complicato e spesso fragile, talvolta frequent user del pronto soccorso, spesso portatore di problemi cronici.

Per affrontare queste sfide sta emergendo una riflessione complessiva sull'organizzazione dell'ospedale, che parte dal riconoscimento dell'attuale inadeguatezza del modello tradizionale fondato sul reparto-unità operativa ed evoluto verso le logiche dipartimentali. Tale modello ha svolto egregiamente per tutto il secolo scorso la funzione per cui era stato concepito, quella di sostenere i processi di specializzazione delle attività ospedaliere.

Un'organizzazione che metteva al centro della propria attenzione il sapere specialistico, e che ha visto come naturale evoluzione la dimensione del Dipartimento. Tuttavia, la dimensione dipartimentale e quella dell'unità organizzativa non danno risposte pienamente adeguate alle due grandi priorità sopra richiamate, la produttività nell'uso delle risorse - le sale operatorie, gli ambulatori, i reparti degenza - e la rispondenza alle esigenze di un paziente sempre più "sfidante" - per l'anzianità, la fragilità, l'instabilità clinica ecc.

Da questa consapevolezza di recente si è aperta una riflessione sul futuro dell'ospedale e sulla sua possibile organizzazione per livelli di intensità, che mira a supe-

rare preconcetti, false interpretazioni e strumentalizzazioni.

Il punto centrale di tale riflessione è il riconoscimento che quando si parla di ospedale per intensità non si deve pensare a un modello preconstituito, quanto a una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale.

L'ospedale per intensità è un ospedale che riconosce la differenziazione dei pazienti rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale. In questo senso è una evoluzione moderna del concetto di progressive care affermatosi dagli anni '60. Poi, è un ospedale che riconosce la diversità nella natura dei processi organizzativi necessari per gestire il paziente elettivo rispetto a quello urgente, quello a ciclo breve da quello con ricovero lungo. In terzo luogo, è un ospedale che cerca l'uso sinergico, flessibile, ancorché regolato, e di massima efficienza operativa delle risorse "collo di bottiglia" di cui dispone, dal posto letto, all'ambulatorio alla sala operatoria. Di conseguenza è un ospedale che si ripensa in relazione alle sue specificità rispetto agli elementi sopra richiamati. La sfida non è rivoluzionare l'ospedale per ragioni dogmatiche, quanto individuare quelle innovazioni e riconfigurazioni che possono essere utili per affrontare le criticità che sorgono

dalle caratteristiche della popolazione di pazienti dello specifico ospedale, dalle tensioni all'uso efficiente delle risorse, dai volumi e natura dei diversi processi organizzativi legati alla tipologia di ospedale (sede di Dea o meno, ospedale di rilievo polispecialistico od ospedale di prossimità locale ecc.). In questa prospettiva, quando concretamente parliamo di ospedale per intensità, parliamo di un processo di ripensamento dell'organizzazione e dell'allocazione delle aree e piattaforme produttive (reparti di degenza, sale operatorie, ambulatori, processi organizzativi) che segue principalmente tre ragionamenti:

- la standardizzazione delle attività elettive per pazienti a bassa instabilità clinica e bassa complessità assistenziale;
- l'individuazione di reparti dedicati a categorie di pazienti non inquadrabili come "ordinari medici", a esempio fragili, i chirurgici



ad alta necessità di stabilizzazione intermistica, i post acuti, quelli con instabilità clinica elevata ma non tale da richiedere un terapia intensiva o sub-intensiva;

- la programmazione delle risorse "collo di bottiglia" (es. sale operatorie, spazi ambulatoriali, posto letto) secondo logiche che distinguono i processi elettivi dall'urgenza, e introducendo della flessibilità regolata nell'utilizzo.

Da questi ragionamenti nascono alcune delle

più recenti innovazioni che osserviamo nel "portafoglio" delle possibilità a cui possono guardare il management e i professionisti dell'ospedale nella ricerca di soluzioni coerenti con la natura stessa del loro ospedale, che - come già richiamato - può differire per dimensioni, livello di specializzazione, intensità tecnologica, ruolo nella rete di offerta. Tra queste innovazioni si segnalano (fig. 1):

- la distinzione tra reparti high care, usual care (ricovero ordinario) e low care;

- l'introduzione di reparti high care - multispecialistici (area monitorizzata) nei piccoli ospedali o semi-dedicati nei grandi ospedali - è una delle innovazioni più interessanti, che intercetta il paziente chirurgico o medico ad alta instabilità clinica, tale da non essere adeguatamente assistito nel reparto ordinario, ma neanche da necessitare terapie intensive. Si tratta

quindi di un reparto intermedio tra le terapie intensive o sub-intensive e il reparto ordinario. Un reparto di posti letto monitorizzati. Il reparto

low care è invece un reparto multi-specialistico di post acuto - a gestione prevalentemente infermieristica - che avvia la transizione verso il territorio e accelera la

dimissione in condizioni di funzionalità ottimale per il paziente;

- l'introduzione di reparti multi-specialistici di ricovero breve medico o chirurgico, i week-surgery e week-hospital con ricovero da 2 a 5 giorni di natura elettiva;

- l'introduzione di reparti a gestione intermistica per particolari categorie di pazienti, i fragili, l'ortogeriatra, alcune tipologie di pazienti perichirurgici ecc.;

- la distinzione tra l'ospedale elettivo e dell'urgenza, il secondo con una sua dotazione congrua di posti letto per soddisfare la maggior parte delle esigenze di ricovero da Ps di modo da distinguere e organizzare al meglio i percorsi organizzativi dell'urgente da quelli del paziente programmato e limitare la "cannibalizzazione" dei posti letto elettivi da parte dell'urgenza. Si fa riferimento anche allo slogan "l'ospedale nell'ospedale" per indicare questa soluzione organizzativa di creazione di un'area strutturale dedicata al ricovero urgente separata dal ricovero programmato;

- la condivisione tra più specialità dello stesso reparto ordinario di degenza e della stessa équipe infermieristica, con l'individuazione di posti letto polmone non preventivamente allocati alle unità operative di modo da gestire la variabilità fisiologica nei tempi e flussi dei ricoveri;

- la condivisione avviene tra specialità affini, spesso su base dipartimentale.

Da sottolineare che in questo percorso di ripensamento dell'ospedale non viene meno il ruolo di direzione delle strutture operative o la necessità di avere un'organizzazione dipartimentale. Entrambi questi livelli di responsabilità rimangono centrali nella programmazione delle attività, nella definizione dei contenuti dei processi clinico-assistenziali, nella definizione degli sviluppi strategici, nella manutenzione delle competenze dei professionisti medici. Si afferma quindi una centralità di ruolo del "primario" e del direttore di dipartimento quali strateghi

(leader) e manager che insieme alla direzione sono chiamati a disegnare gli sviluppi professionali, tecnologici e comportamentali che l'ospedale può o deve perseguire. Il paventato venir meno dell'organizzazione per strutture complesse e Dipartimenti è pura illazione, considerando che i riferimenti certi nelle famiglie professionali sono indispensabili per governare sistemi complessi pluralistici quali gli ospedali. Se una riduzione è in atto, questa è la conseguenza di razionalizzazioni di rete che affrontano nodi di duplicazioni e sviluppi autodeterminati che nel passato più recente hanno caratterizzato il sistema di offerta ospedaliero, non certo della riorganizzazione del singolo ospedale secondo logiche per intensità.

Ovviamente un ospedale ripensato secondo alcuni degli schemi tratteggiati in precedenza, comporta alcune modifiche di ruolo, nella direzione di sviluppo di nuovi ruoli da un lato - a esempio il bed manager, il flow manager di pronto soccorso, il process-owner dei processi organizzativi, l'operations manager per la gestione delle regole di uso delle piattaforme condivise ecc. - e nella modifica di ruoli già esistenti - coordinatori dell'assistenza, le direzioni mediche di presidio ospedaliero ecc.

Infine, alcune innovazioni riguarderanno le procedure operative, quali la gestione delle liste di attesa, la programmazione di sala operatoria, l'avvio del processo di continuità assistenziale per il paziente ricoverato ecc.

Come in ogni processo di cambiamento vi sono incognite e paure che nascono però spesso dalla mancanza di sufficienti informazioni per valutare gli effetti che il cambiamento può produrre. Certo non abbiamo ancora evidenze scientifiche solide che questi cambiamenti miglioreranno sensibilmente le performance degli ospedali, ma alcuni risultati iniziali in termini di recupero di produttività ed efficienza operativa sono confortanti. Cionondimeno occorre ri-

conoscere l'esistenza di criticità attuative che nelle esperienze in corso devono essere studiate e affrontate, con trasparenza e il coraggio anche di ritornare sulle decisioni quando necessario. «Buongiorno, finalmente l'ho trovata, in questo ospedale ci vogliono due ore per trovare i miei pazienti che mi hanno sparpagliato in vari reparti...», disse un medico a un suo paziente ricoverato in uno degli ospedali recentemente riorganizzato per livelli di intensità. Non era vero, ovviamente, ma la tentazione di minare le basi culturali del progetto, quando non se ne intuisce le ragioni, è forte. Così come quella di "boicottarlo" non rispettando le regole di funzionamento, dalla programmazione di sala operatoria al ricovero selettivo del paziente dimissibile entro 5 giorni per l'area del week surgery/hospital. Costringendo l'ospedale a trasferimenti nel week-end verso i reparti aperti con forte stress per gli operatori e per lo stesso paziente. Reazioni fisiologiche quando il cambiamento è subito, invece che agito. Il punto nodale sarà il modo con cui i singoli ospedali e i sistemi sanitari regionali affronteranno questo tema nel futuro prossimo: insieme o imponendo le scelte ai professionisti? Se cento anni di studi organizzativi ci hanno insegnato qualcosa, questo è che il cambiamento per consolidarsi ha bisogno di essere prima capito e poi nel tempo condiviso. In questa prospettiva ospedali e sistemi sanitari regionali potrebbero forse investire tempo e risorse nell'avviare una riflessione diffusa su questo tema, facendo informazione corretta e discutendo le premesse e le ragioni che sembrano sostenere questa direzione di cambiamento dell'ospedale con i professionisti che vi operano. Perché anche se un ospedale è qualcosa di più dei suoi professionisti, non sarà mai meglio di loro.

**Federico Lega**  
Responsabile segmento  
formazione executive in Sanità  
Università-Sda Bocconi  
School of management

