



# L'OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE

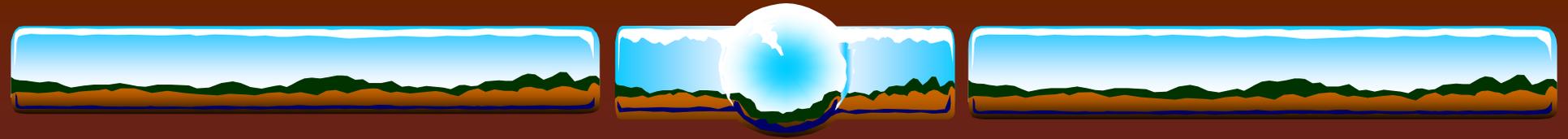
**Costantino Troise**

Direttore UOC Allergologia-

IRCCS AOU San Martino-Genova

Segretario Nazionale Anaao Assomed

Modena, 27 febbraio 2015



## Evoluzione degli assetti organizzativi in ambito sanitario

- i. **Pre-aziendalizzazione** (forte specializzazione, gestione di tipo burocratico-funzionale)
- ii. **Aziendalizzazione** (sistema dipartimentale con strumenti di gestione operativa , e cultura, di tipo aziendale come budget e verifiche)
- iii. **Gestione per processi** (organizzazione per intensità di cure)



# Principali mutamenti del contesto

La ricerca di nuovi modelli organizzativi in sanità nasce da molteplici elementi :

- Innovazione e progresso tecnologico
- Aumento della domanda, e del consumo, di prestazioni
- Transizione demografica ed epidemiologica
- Aumento delle diseguaglianze sociali ed economiche
- Ampia variabilità delle cure erogate, e dei risultati
- Asimmetria tra attese dei cittadini ed offerta sanitaria
- Insoddisfazione dei pazienti, degli enti, dei professionisti
- Crescita dei costi e l'imperativo dell'efficienza produttiva
- Pressioni di ordine professionale e il task shifting



# Health care redesign

- TQM/CQI : graduale ma incrementale miglioramento
- Re-engineering :
  1. trasformazione rapida e radicale
  2. Azzeramento dei comportamenti tradizionali
  3. Eliminazione delle fasi di percorso non necessarie
  4. Approccio top-down
  5. Potere decisionale a livello delle attività
  6. Forte richiesta di flessibilità del lavoro

La organizzazione per intensità di cura è una forma di re-engineering



# DAL TOYOTA PRODUCTION SYSTEM ALL'OSPEDALE: IL LEAN THINKING

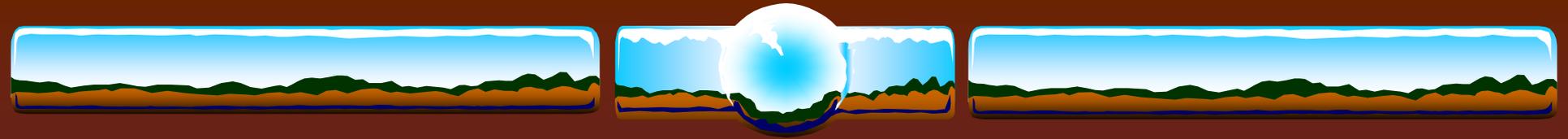
Il concetto chiave : valore perfetto senza sprechi come proprietà del sistema

- Nella industria :standardizzazione, eliminazione delle giacenze, miglioramento dei processi
- In sanità: a) decentralizzazione operatori in unità paziente  
b)addestramento multidisciplinare intercambiabile  
c) ampio assortimento di servizi e personale in un unico livello di cura



## I LIMITI DEL LEAN THINKING IN SANITA'

- Il valore in sanità è una multidimensione declinata a livello individuale: efficacia clinica, efficienza operativa, qualità percepita
- Perdita dell'approfondimento diagnostico
- Perdita di autonomia ed identità professionale
- Assenza di evidenze di efficacia conclusive
- Ricadute negative di ordine psicosociale
- Il tank shifting
- Incertezza sui confini tra le professioni
- Espulsione dei medici dal core della gestione
- Medico= Trivial machine come fattore produttivo marginale

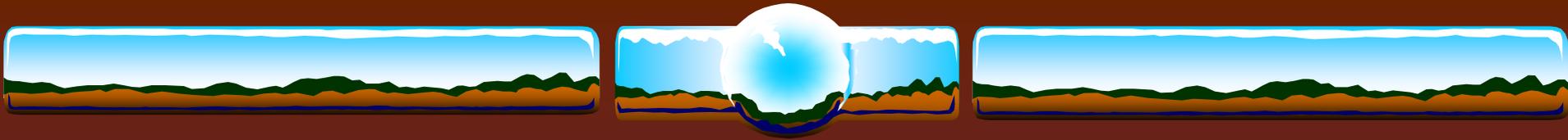


# OSPEDALE PER INTENSITA DI CURE

Questo modello si ispira a quello sperimentato circa 40 anni fa dalla Toyota Production System che si basava sull'idea che tutte le attività sono linee di produzione con un loro percorso ideale nel quale deve essere perseguita la velocità di scorrimento delle attività senza interruzioni inutili ed intoppi inaspettati.

Gli obiettivi finali sono: riduzione degli spazi, ottimizzazione dei percorsi, riduzioni degli sforzi, delle scorte e del tempo di erogazione delle attività dedicate al cliente.

L'ospedale per intensità di cura **non è concepibile** senza la contestuale riprogettazione dell'altro elemento del sistema sanitario, **il territorio**, con il quale è necessario attivare sistemi operativi d'integrazione di processo, per assicurare la continuità di percorso (Mongardi, 2012)



- “A nessuno piace stare in ospedale”
- “Ogni paziente ha tutto l’interesse ad essere trattato il più velocemente possibile”
- “Il tempo del paziente non è tempo libero/gratis”
- “Occorre costruire il servizio reso in funzione dei bisogni di assistenza del paziente”

*(The Mount Sinai Medical Center of NY 1995)*



# Criticità della Organizzazione attuale dell'ospedale

- Costruito attorno alle specializzazioni
- Subottimizzazione dei locali (tasso di occupazione a volte basso, letti in appoggio ecc.)
- Intensità di cure “media” per bisogni differenti
- Assistenza infermieristica e tecnica non sufficientemente valorizzata
- Variabilità e scarsa integrazione tra i professionisti; flussi interni per disciplina
- Sovraffollamento e/o inappropriatezza
- Attese per scarso coordinamento
- Relazioni informali anziché strutturate e organizzate
- Interferenza tra i percorsi di urgenza e di elezione
- Disconnessione con il territorio
- Percezione di scarso coordinamento da parte dei pazienti

Fonte: Valmori V. In Nozzoli C, et al. ‘Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive’. Reggio Emilia, 14 aprile 2011.



## Cosa intendiamo per intensità di cura?

- Livello di cura richiesto dal singolo caso dopo una valutazione medica e infermieristica della **instabilità clinica** e della **complessità assistenziale**

**Maggiore** è l'instabilità clinica e la complessità assistenziale, **più intenso** è il livello di cura richiesto (terapia intensiva o subintensiva)

**Minore** è l'instabilità clinica e la complessità assistenziale, **meno intenso** sarà il livello di cura (low care o post-acuzie)

**I due concetti possono essere disgiunti:**

- **Generalmente alta instabilità clinica richiede alta complessità assistenziale**
- **A bassa instabilità clinica può accompagnarsi alta complessità assistenziale** (sia medica – anziano pluripatologico ma stabilizzato – sia infermieristica – anziano non autosufficiente)



# CONDIVISIONE

- ✓ **Si condividono letti, spazi, attrezzature, sedute di sala, percorsi ed il bisogno del paziente diventa il principio ordinatore dell'organizzazione, non l'unità operativa.**
- ✓ **L'enfasi è sul percorso del paziente, per sua natura interdisciplinare ed interprofessionale.**
- ✓ **Le unità di degenza possono/ diventano multidisciplinari e le possibili combinazioni tra team medico e team assistenziale si moltiplicano e si disperdono sui vari blocchi di degenza**
- ✓ **Emergono ruoli inediti :bed-manager, case manager (medico tutor, infermiere referente) , coordinamento di professionisti che ruotano attorno al paziente**



## MODALITA ORGANIZZATIVE

❖ Area critica

❖ Area Degenza:

- Alta intensità

- Media intensità

- Bassa intensità

❖ Piattaforme tecnologiche

❖ Day hospital

❖ Week hospital

❖ Day service



**Nuovi ruoli , nuove funzioni,  
nuove responsabilità :**

- Medico tutor
- Infermiere referente di area
- Infermiere di processo
- Case manager  
(medico/infermieristico)
- Bed manager  
(medico/infermieristico)
- Ingegnere gestionale



## OVERCROWDING

Per quanto riguarda l'Area Medica tutto sta naufragando a causa della cronica indisponibilità di letti liberi, che costringe sempre più spesso gli operatori a collocare i nuovi degenti dove c'è posto (letti tecnici, appoggio), senza poter applicare nessun tipo di criterio valutativo che andrebbe a giustificare l'Organizzazione per Intensità di Cura.

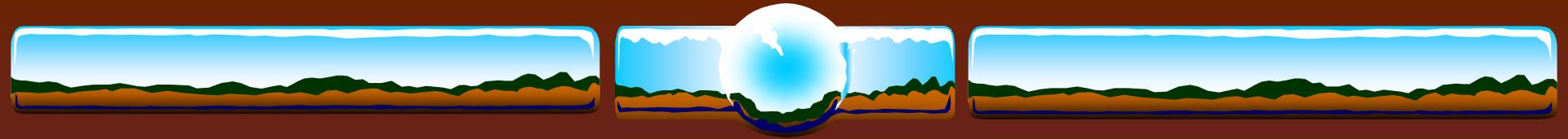
La cosa più incredibile è che poi, mentre si tagliano i posti letto da una parte, dall'altra si decide di costruire un altro pezzo di Ospedale con le esigenze di una Organizzazione per Intensità di Cure, che però in pratica non esiste. Se il P.S. non riesce a smaltire le richieste di soccorso i pazienti stazionano (boarding) anche giorni prima di trovare una collocazione nel setting di degenza.

La Emilia Romagna ha perso dal 2009 al 2014 duemila pl pubblici, il privato passa da 3675 a 4574, ed altri mille sono da tagliare entro il 2016.



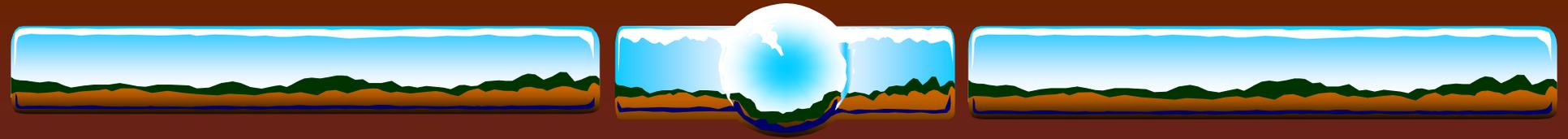
# PUNTI DI DEBOLEZZA

- Trasferimento dei pazienti da un'area ad un'altra
- Difficoltà a distinguere le aree a medio-bassa e medio-alta intensità (quasi tutti i pazienti sono ad alta complessità clinico-assistenziale)
- Perdita di identità dell'Unità Operativa a favore delle **aree di attività** coordinate di rilevazione dei parametri clinico-assistenziali e di confronto interdisciplinare tra i professionisti degli interventi di cura.
- Difficoltà della presa in carico da parte degli specialisti con il rischio di rimanere alla vecchia prestazione di consulenza
- Rinuncia all'effettuazione congiunta medico-infermiere del "giro visita" con perdita del valore aggiunto della valutazione-interazione multiprofessionale/ multidimensionale "al letto del paziente"



# MINACCE

1. Conflittualita` tra le diverse Unità Operative o Aree assistenziali
2. Non chiarezza di ruolo tra i diversi specialisti e le altre figure professionali che si muovono in maniera autonoma
3. Centralita` del sistema organizzativo e non del paziente
4. Le maggiori difficoltà organizzative possono portare a una vera e propria condizione di caos



# LE RISORSE UMANE

L'insufficiente coinvolgimento dei medici in tutte le fasi di elaborazione è una grave anomalia che rischia di fare lavorare le aziende con una bussola difettosa. Occorre mettere in campo la capacità di reclutare le intelligenze professionali alle logiche ed alla cultura del cambiamento. Ed individuare strumenti di misura perché è nella capacità di misurare quanto attiene ad un concetto che se ne stabilisce la possibilità di tradurlo in fatti



Decreto "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera 2015»

✓ rapporto tra volumi di attività, esiti delle cure e numerosità delle strutture, ..... assicurare modalità di integrazione tra le varie discipline secondo il modello dipartimentale e quello di intensità di cura al fine di assicurare la maggior flessibilità organizzativa nella gestione dei posti letto rispetto alla domanda appropriata di ricovero ....



# OLTRE IL DIPARTIMENTO?

## FUNZIONI DELLA ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTAL

- Gestione di percorsi diagnostico-terapeutici omogenei
- Principio di superamento di vincoli logistici
- Risposta al problema delle diverse intensità di cure nei diversi momenti del singolo malato
- Continuità assistenziale
- Coniugare clinica, tecnologia e risorse per maggiore efficienza
- Garantire processi di formazione, valutazione e carriera collegati con i percorsi di cura

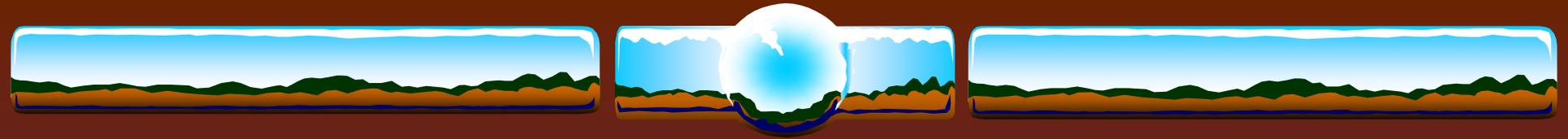


# Assi da presidiare con l'organizzazione

**Asset  
management  
(efficienza della  
gestione  
operativa) e  
rimodulazione  
setting  
assistenziali**

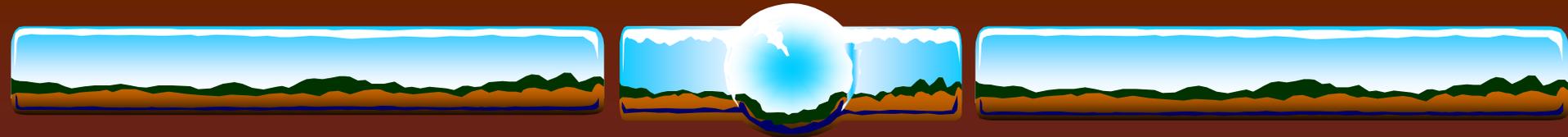
**Knowledge  
management  
(specializzazione  
e gestione delle  
competenze  
professionali)  
Competitività e  
responsabilità**

**Disease Management  
(efficacia e  
appropriatezza dei  
processi di cura)  
“Traslazione” ricerca  
(e didattica ) sui  
Processi clinici**



# No “one best way” Soluzioni su misura

1. Ricercare prevalentemente nel dipartimento la risposta a tutte e tre le dimensioni (ruoli di gestione operativa a livello dipartimentale)



2. ricercare risposte differenziate a tali dimensioni.

– il dipartimento può concentrarsi sul knowledge management (nell’accezione del governo clinico) e sul presidio del proprio “mercato” (competitività-penetrazione);

– l’ospedale (o la rete ospedaliera) nel complesso si attrezza per definire delle regole comuni di gestione degli asset (sale operatorie, ambulatori, posti letto ecc.) e per innovare l’organizzazione di alcuni di (ad esempio aree di ricovero multi specialistiche finalizzate : post acuto, urgenza, ecc.);

– il dipartimento ed i programmi/gruppi di lavoro interdipartimentali (service lines/care centers) presidiano il disease management (e l’integrazione didattica-ricerca-assistenza).



## IL PARADOSSO DELLE INNOVAZIONI

Mentre il razionale teorico a sostegno di queste innovazioni clinicoorganizzative raccoglie un ragguardevole entusiasmo, e altrettanto ragguardevoli risorse vengono impegnate in queste sperimentazioni gestionali, gli interventi operativi, le strategie per implementarli, gli esiti e gli indicatori per misurarne l'impatto rimangono poco definiti e pochissimo documentati.

La carenza di studi pubblicati su un tema così in auge viene attribuita alla cattiva consuetudine a non valutare in maniera rigorosa questi interventi o, in alternativa, al frequente insuccesso di queste sperimentazioni



# Evidence Based Organization

- Assenza di analisi statistica con bias di selezione  
(Vest e Gamm, 2007, 9 studi)
- Risultati di processo ed esito non coerenti con gli obiettivi  
(Elkhuize, 2006, 86 esperienze)
- Assenza di superiore efficienza  
( Braithwaite, 2006, 20 ospedali australiani)
- Ricadute negative sugli operatori e sugli outcomes  
(Aiken, 2000, 2001, 40% burn out, aumento mortalità intraospedaliera)



# CAMPIONI E BUONE NOVELLE

La assenza di attenzione ai possibili effetti negativi, insieme con una inconsistente struttura analitica, rende difficile rispondere alle domande che la comunità Medica pone di fronte al dilagare in sanità di strategie trasformazionali di derivazione industriale :  
quale è la evidenza che siano realmente efficaci? E capaci di modificare pratica clinica e cultura organizzativa per rendere sostenibile la trasformazione? E sono validati gli strumenti per declinare l'intensità clinica e la complessità assistenziale?



# I COSTI E LA PRATICA CLINICA

Una politica di contenimento dei costi che non voglia ridurre qualità, accessibilità ed equità del sistema sanitario richiede una modifica delle procedure cliniche e quindi del comportamento dei medici, anche per evitare meccanismi opportunistici e distorsivi connaturati nella stessa cultura aziendalistica.

Obiettivi di questa portata non possono, cioè, essere affidati ai puri meccanismi di efficienza gestionale, anche ove questi venissero impiegati al meglio, e questo è il caso meno frequente. Essi non possono prescindere dalle competenze e dalle professionalità dei medici, anzi, senza un loro pieno coinvolgimento, ogni politica di contenimento dei costi che non voglia limitarsi al puro calcolo ragionieristico del raschiare il barile tra tagli e ritagli è destinata al fallimento.

A decorative header at the top of the slide. It features a central globe with a blue and white color scheme, flanked by two rectangular panels. Each panel shows a stylized landscape with green hills, brown earth, and a blue sky. The entire header is set against a dark red background.

# APPROPRIATEZZA

Al di là del fascino del nuovo che avanza, per evitare la percezione di trovarsi di fronte all'ennesimo capriccio gestionale destinato al fallimento, occorre riconoscere che anche la efficienza produttiva e la ricerca di appropriatezza, caposaldo della medicina moderna, richiedono la applicazione di conoscenze e valori professionali di diretta derivazione clinica, oggi snobbati dalla invadenza e dalla prosopopea di una certa cultura manageriale.

A decorative header at the top of the slide. It features a central globe with a blue and white color scheme, flanked by two rectangular panels. Each panel shows a stylized landscape with green hills, brown ground, and a blue sky. The entire header is set against a dark blue background.

# IL RUOLO DEI MEDICI

La sfida delle innovazioni organizzative consiste nel governare il cambiamento per riallineare la organizzazione ai bisogni diversi espressi dalla società e dagli operatori.

Per quanto ci riguarda non intendiamo sottrarci a quella che forse non è più una scelta ma una necessità, ma chi decide sappia che nessun modello organizzativo potrà produrre risultati positivi e duraturi senza i medici e contro i medici.



# CONCLUSIONI

E' necessaria gradualità e condivisione per evitare il rischio di alimentare conflitti e demotivazione.

Ridurre la ricchezza della professione a frammenti impoveriti di attività, valutati per il tempo ed il costo, può creare altri problemi. Sono da temere le architetture ideologiche, le teorie non verificate ma applicate perché attraenti, la implementazione di modelli innovativi senza averne valutato i possibili vantaggi, svantaggi, punti di debolezza, fattori di insuccesso (e aver proposto ipotesi di soluzione). E senza garantire la massima trasparenza negli audit di revisione/critica in base ad indicatori espliciti

Una organizzazione leggera potrebbe mostrare un insostenibile peso



# La «Resistenza» al cambiamento

Le persone resistono al cambiamento in modo  
selettivo

**Si resiste soprattutto ai cambiamenti sui quali  
si sente di non avere controllo, imposti dagli  
altri e, quasi sempre, vissuti come una minaccia  
piuttosto che come un'opportunità**

*Ciò che viene definito resistenza dipende dal punto di vista  
dell'osservatore; comportamenti percepiti da alcuni come  
manifestazioni di resistenza possono essere considerati da altri  
come utili per opporsi a cambiamenti potenzialmente dannosi*



# Forme di Resistenza al Cambiamento

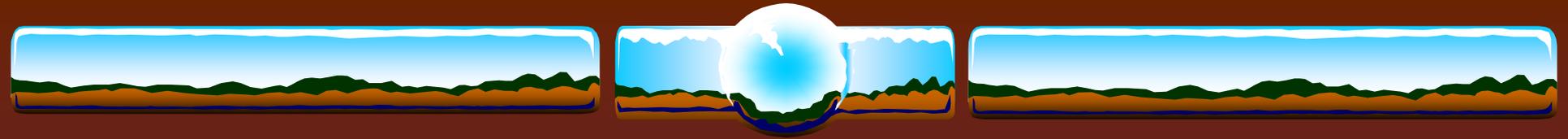
## Aperta e Immediata

- ❖ Protesta manifesta (esprimere dubbi, lamentele, cercare di modificare il cambiamento o indurre altri a resistere)

## Implicito e nascosto

- ❖ Atteggiamenti passivi (tendenza a ritardare il cambiamento)
- ❖ Inattività (lasciare che il cambiamento accada)
- ❖ Uscita

Risultati: perdita di motivazione, aumentati errori, assenteismo, malumori, insoddisfazione lavorativa, sabotaggio, ...



# IPERSEMPLICISMO

Esistono certo soluzioni semplici per problemi complessi ma, di solito, sono quelle sbagliate.

- Managers do things right, leaders do the right things



## Take-home

**Il problema è nelle modalità di perseguire la co-evoluzione della organizzazione ospedaliera con i cambiamenti nella epidemiologia/demografia della popolazione , nelle tecniche di intervento, nei ruoli professionali, nella cultura dei professionisti e delle istituzioni**

*Un ospedale è certamente più dei suoi professionisti, ma non sarà mai meglio di loro (Lega)*