

L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multispecialistica: l'esperienza dell'Azienda usl n. 3 dell'Umbria

WALTER ORLANDI

Direttore generale Azienda Usl n. 3 dell'Umbria

EMILIO DUCA

Direttore sanitario Azienda Usl n. 3 dell'Umbria

MANUELA PIOPPO

Staff Programmazione e Controllo di Gestione, Azienda Usl n. 3 dell'Umbria

1. Il contesto regionale

Negli ultimi piani sanitari (Psr 1999-2001 e Psr 2003-2005) la Regione dell'Umbria ha messo in evidenza, in maniera significativa la necessità della riqualificazione della rete ospedaliera regionale.

La rete ospedaliera umbra per ragioni di ordine storico e sociale presentava problemi di ridondanza, poiché ampiamente diffusa nel territorio con sacche di sottoutilizzazione messe in evidenza dagli indicatori di performance. In sostanza vi erano troppi ospedali, indifferenziati rispetto alla gamma di prestazioni che l'assistenza ospedaliera è chiamata a fornire, collocati in strutture prevalentemente obsolete e diseconomiche.

La programmazione sanitaria regionale ha inoltre evidenziato da tempo che non vi sono motivazioni né epidemiologiche, né economiche, né etiche per continuare a fare dell'ospedale l'asse centrale del nostro Servizio sanitario.

Nella Regione Umbria è iniziato quindi un grande progetto di "riallocazione" delle risorse dalla funzione ospedaliera a quella distrettuale e di prevenzione.

Gli aspetti più salienti sono rappresentati da:

- disattivazione dei punti nascita negli ospedali di territorio;
- riconversione dei piccoli ospedali in strutture di riabilitazione e Rsa a degenza breve;
- previsione di accorpamenti in unici ospedali;
- accorpamenti di unità operative e riduzione marcata di posti letto in tutta la rete ospedaliera regionale.

In questo contesto la scelta regionale è stata quella di attivare modelli organizzativi centrati sul paziente e sui suoi bisogni, creando appro-

priati setting organizzativi ed assistenziali, introducendo la necessità di migliorare la qualità dell'assistenza in determinate aree di performance (efficacia, sicurezza, equità, appropriatezza, coinvolgimento dei cittadini, efficienza e continuità assistenziale) tramite la creazione di nuove relazioni funzionali ed organizzative tra responsabilità cliniche e gestionali.

2. Il nuovo ospedale di Foligno: dall'innovazione strutturale all'innovazione tecnologica ed organizzativa

Il nuovo ospedale di Foligno presenta una struttura fisica che si caratterizza per l'estrema flessibilità favorita anche dalla modularità delle soluzioni edilizie ed impiantistiche adottate. La circolazione interna è organizzata senza interferenza fra i vari flussi e con percorsi separati in funzione della centralità del paziente interno ed esterno.

Anche il sistema organizzativo risponde alla massima flessibilità, per consentire un approccio funzionale/strutturale nel quale le strutture fisiche ed organizzative si possano velocemente e facilmente adattare alle esigenze delle attività, e non un approccio (come quelli usuali) nel quale siano le funzioni a doversi con difficoltà adattare a strutture fisse, sclerotiche e difficilmente modificabili.

Con la nuova struttura si è inteso quindi realizzare un presidio ospedaliero in grado di ospitare tutte le specialità proprie di un ospedale per acuti, che persegua percorsi di innovazione tecnologica ed organizzativa, per soddisfare le necessità della persona e della comunità privile-

giando i livelli assistenziali più appropriati in relazione all'intensità delle cure: l'ambulatoriale, la degenza diurna e ordinaria, l'urgenza ed emergenza.

È stata infatti individuata la necessità di verificare la possibilità di attivare modelli di degenza meno rigidi di quelli preesistenti, al fine di implementare il sistema dipartimentale e modelli assistenziali che preparino e favoriscano l'intervento globale al paziente critico, con degenze flessibili ed intercambiabili, utilizzabili da diverse unità operative per differenti specialità.

3. Il percorso di progetto: l'Azienda usl n. 3 dell'Umbria come centro di riferimento regionale per i nuovi modelli di degenza

Con un apposito atto «Prime misure a sostegno del governo clinico: costituzione del "Centro interaziendale" sui nuovi modelli di degenza presso l'Asl 3 di Foligno» la Regione ha promosso l'attivazione di nuovi modelli organizzativi ospedalieri con un forte coinvolgimento dei professionisti ed un'attenta attività di sperimentazione.

L'attivazione del Centro Interaziendale sui nuovi modelli di degenza persegue la finalità di introdurre nel sistema ospedaliero umbro, accanto all'innovazione strutturale e tecnologica, anche l'innovazione organizzativa gestionale, all'interno del funzionamento dipartimentale, attraverso la sperimentazione di nuovi modelli di degenza basati sulla diversa intensità assistenziale e sull'integrazione interprofessionale e multidisciplinare.

Per rendere funzionale il centro interaziendale è stato costituito un team multidisciplinare composto da personale medico ed infermieristico della direzione di presidio, delle unità di degenza chirurgiche e mediche, del blocco operatorio, con la supervisione di coordinamenti scientifico ed organizzativo, supportati dal Centro di ricerca CeRGAS dell'Università Bocconi che ha articolato l'intervento nelle seguenti macrolinee:

- a) analisi dell'attività storica;
- b) analisi dell'assetto organizzativo attuale dell'ospedale;
- c) proposta tecnica di micro-organizzazione del nuovo ospedale.

Il team multidisciplinare ha elaborato i seguenti protocolli operativi:

- protocollo di funzionamento delle nuove "stecche" di degenza medica e chirurgica con assegnazione di posti letto e di personale di assistenza;
- protocollo di funzionamento del blocco operatorio;
- regolamento di funzionamento della chirurgia a ciclo breve;
- protocollo con criteri di ammissione del paziente critico in high care;

- protocollo dell'erogazione dell'assistenza in high care con il tutor medico ed infermieristico.

Sono stati attivati percorsi formativi rivolti al personale medico ed infermieristico dell'ospedale di Foligno e medici di medicina generale dei tre distretti sanitari con i seguenti obiettivi:

- fornire un database degli studi e ricerche scientifiche presenti in letteratura nazionale ed internazionale e delle esperienze ospedaliere già in atto;
- descrivere il nuovo modello organizzativo e permettere una rielaborazione critica e l'acquisizione culturale del nuovo modello stesso;
- fare acquisire agli operatori migliori capacità per essere flessibili e attivi nel cambiamento;
- fare acquisire agli operatori una migliore abilità nel saper lavorare in gruppo, soprattutto in équipe multidisciplinare anche offrendo ambienti di lavoro che facilitino lo scambio di informazioni (open space).

In tutto il personale formato negli anni 2005-2006 è stato di 374 unità tra personale medico ed infermieristico dell'ospedale di Foligno e 127 medici di medicina generale dei distretti di Foligno, Spoleto e Valnerina.

Nell'ambito di questa prima fase del progetto sono anche stati effettuati incontri di benchmarking con gli ospedali di Pontedera e Forlì, al fine di valutare le esperienze di nuovi modelli di degenza sperimentate in altre strutture ospedaliere.

4. Sperimentazione dell'organizzazione ospedaliera per aree omogenee di intensità di cura

Con il trasferimento e l'attivazione del nuovo ospedale di Foligno, avvenuta nel mese di febbraio 2006, il modello organizzativo dell'assistenza ospedaliera nell'area medica e chirurgica è stato ridisegnato nelle diverse tipologie di degenza in relazione all'intensità delle cure ed alla tipologia di assistenza richiesta:

- terapia intensiva (*Intensive Care*);
- alto grado di assistenza (*High Care*);
- basso grado di assistenza (*Low Care*);
- degenza solo diurna (*Day Hospital, Day Surgery*).

La *riorganizzazione dell'offerta ospedaliera nell'area chirurgica* è stata definita secondo il criterio della gradualità delle cure e dell'intensità terapeutica, diversificando il flusso dei pazienti chirurgici all'interno delle diverse modalità assistenziali: chirurgia ambulatoriale, day surgery, week surgery e chirurgia in regime ordinario.

Nel nuovo ospedale di Foligno, la degenza chirurgica per tutte le discipline (chirurgia generale e vascolare, urologia, ortopedia e traumatologia, otorinolaringoiatria e chirurgia maxillo-facciale, oculistica, ginecologia) è stata organizzata

in un'unica "stecca" con l'assegnazione dei posti letto ottenuti dalla lettura degli indicatori di case mix dell'area chirurgica al tasso di utilizzo ottimale del 80 per cento. In particolare l'articolazione dei posti letto va da una massima assistenza, con degenza ordinaria (*Long Stay Surgery*) di ortopedia-traumatologia e delle altre specialità chirurgiche a ciclo continuativo, ad una bassa assistenza di chirurgia a ciclo breve organizzata in week surgery e day surgery plurispecialistica con durata massima di degenza non superiore ai 5 giorni.

La *riorganizzazione dell'offerta ospedaliera nell'area medica* in settori di intensità di cura ed assistenza differenziata in parte secondo la criticità del quadro clinico, presenta indubbiamente una maggiore complessità dovuta fondamentalmente alla difficoltà in quest'area di programmare i ricoveri, al di là del ricovero diurno, cosa che rende complesso evidenziare un week hospital.

Pertanto, coerentemente con gli obiettivi individuati nel piano attuativo locale per il triennio 2004-2006, nell'area medica l'intervento prevalente dal punto di vista organizzativo è stato quello di migliorare l'appropriatezza dell'attività di day hospital, soprattutto diagnostico, con lo sviluppo del modello di day service.

La degenza medica è stata organizzata in un'unica "stecca" con una dislocazione dei posti letto articolata con un modulo di medicina interna ed un modulo di area medica plurispecialistica (neurologia, nefrologia, oncologia, gastroenterologia).

Per *completare l'offerta ospedaliera sia nell'area chirurgica che nell'area medica*, applicando il modello assistenziale per aree ad intensità di cura omogenee, è stata prevista l'attivazione di una nuova tipologia di degenza ospedaliera, nell'ambito di un "Dipartimento sperimentale per l'organizzazione dei nuovi modelli di degenza" basata sull'intensità delle cure ed assistenza richieste dal paziente "critico" ovvero una unità ad alto grado di assistenza (High Care), nell'ambito della quale il paziente sia medico che chirurgico viene gestito da un team di specialisti, a seconda delle problematiche presentate, in una risposta assistenziale multidisciplinare.

Si tratta di una innovazione organizzativa dell'assistenza ospedaliera volta a svincolare la gestione della piattaforma logistica (posti letto, sale operatorie, ambulatori, apparecchiature di reparto, personale assistenziale) dalla tradizionale attribuzione "in proprietà" alla unità operativa verso soluzioni di spazi di degenza e di attività il più possibile "indistinti" per vocazione e caratterizzati per diversa intensità assistenziale.

L'High Care è riservata al monitoraggio e la cura dei pazienti con moderata o potenzialmente severa instabilità fisiologica, che richiedano supporto tecnico ma non necessariamente supporto vitale artificiale cioè a quei pazienti che richiedo-

no meno cure di quelle standard della terapia intensiva, ma che richiedono più cure di quelle disponibili nei reparti di degenza ordinaria.

L'assistenza medica è garantita dall'organico delle unità operative di degenza scelto in base a competenza e qualità relazionali e che assume ruolo di tutor o medico di riferimento cui compete la duplice funzione di case manager per la corretta gestione del piano di cura e di referente informativo "personalizzato" del paziente, dei familiari e del medico di medicina generale.

Accanto alla figura del tutor medico, il paziente ha un'altra figura di riferimento importante: il tutor infermieristico responsabile del nursing assistenziale, selezionato in considerazione di specifiche conoscenze, competenze e qualità relazionali.

Tale modello organizzativo è stato implementato in un primo momento, contestualmente al trasferimento dalla vecchia alla nuova struttura ospedaliera, con l'articolazione dei diversi setto assistenziali nell'area chirurgica in un modulo di day surgery e di week surgery ed un unico modulo di degenza ordinaria polispecialistica e nell'area medica in un modulo di medicina interna ed un modulo delle altre specialità mediche (oltre al day hospital), nonché un modulo di high care medico-chirurgica.

Successivamente, a seguito del costante monitoraggio del nuovo modello organizzativo e dall'analisi dei punti di forza e di debolezza dello stesso si è provveduto ad una parziale revisione dell'assetto riveniente da:

- diseconomie nella distribuzione di personale infermieristico nell'unità operativa di medicina d'urgenza (8 posti letto) che era stata collocata nella sede prevista dalla progettazione esecutiva dell'ospedale, ovvero al piano terra nelle immediate vicinanze del pronto soccorso;
- difficoltà nella gestione delle sedute operatorie, nei diversi giorni della settimana, in coerenza con il numero degli anestesisti in turno da un lato, e con la relativa disponibilità dei posti letto in degenza ordinaria polispecialistica dall'altro;
- inadeguato rapporto tra il numero di posti letto di area medica e quelli di area chirurgica nell'high care, rispetto ai criteri di ammissione del paziente critico.

Conseguentemente si è proceduto al trasferimento dei posti letto di medicina d'urgenza nella "stecca" di degenza medica con riorganizzazione dei moduli di degenza ordinaria polispecialistica e dell'high care ed alla nuova articolazione dei moduli di degenza chirurgica raggruppati in day/week surgery e ordinaria polispecialistica.

Nella parte superiore della figura 1 viene riportato schematicamente l'assetto organizzativo al momento del trasferimento, mentre nella parte inferiore viene descritta l'evoluzione dell'or-

ganizzazione dell'area chirurgica e dell'area medica messa in atto a otto mesi dal trasferimento (novembre 2006), che evidenzia una più marcata articolazione per aree d'intensità di cura omogenee, con una diversa distribuzione dei posti letto.

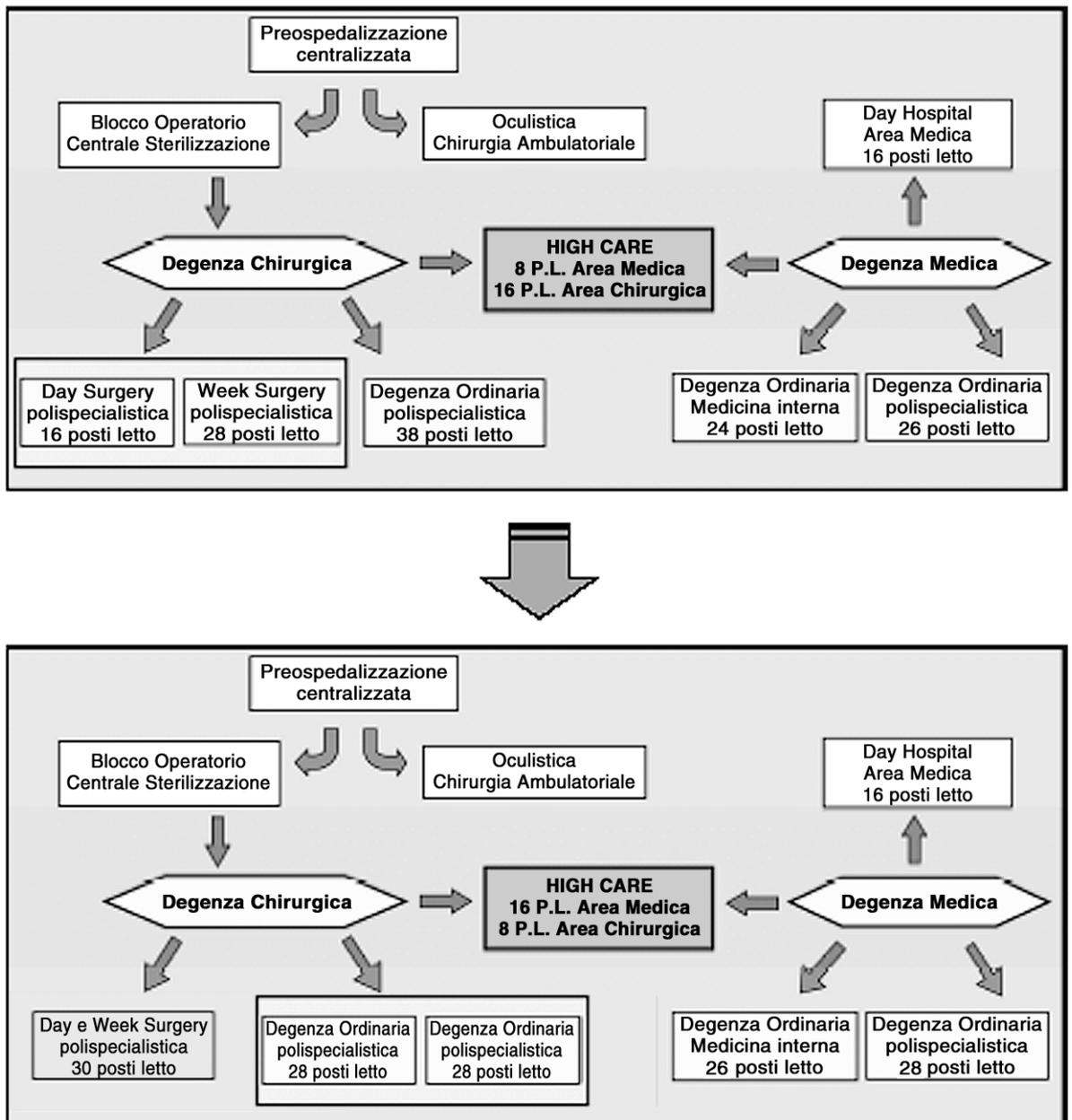
5. Obiettivi e risultati raggiunti

Indubbiamente a pochi 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 con la

collaborazione del Centro di ricerca CeRGAS dell'Università Bocconi, nel mese di giugno 2006, una serie di interviste alla direzione sanitaria aziendale, ad alcuni referenti ed operatori delle nuove strutture appartenenti alla componente sia medica che infermieristica, volte a raccogliere le prime impressioni sul nuovo modello. Inoltre la direzione aziendale, mediante l'analisi in tempo reale dei dati di attività ed attraverso periodiche riunioni con tutte le diverse professionalità operanti nella struttura ospedaliera, ha costantemente monitorato il nuovo modello organizzativo.

A fronte delle inevitabili criticità proprie di una fase di transizione, sembrano riscontrarsi alcuni risultati positivi, che rappresentano validi

Fig. 1 - Nuovo ospedale di Foligno: evoluzione dell'organizzazione dell'area chirurgica e medica per aree di intensità di cura omogenee



presupposti per un effettivo impatto del cambiamento sulle performance cliniche ed economiche dell'ospedale.

Un primo importante obiettivo raggiunto è stato sicuramente quello di aver avviato un processo di diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale, improntata al superamento delle logiche specialistiche ed orientata verso una maggiore integrazione organizzativa ed operativa nella prospettiva di sviluppo di un nuovo modello di ospedale che si caratterizza per:

- centralità del *governo clinico*;
- sperimentazione di un organigramma basato su rapporti di tipo prevalentemente funzionale, anziché gerarchico, con forme di collaborazione tra le varie unità operative che consentano di affrontare i problemi per *processi assistenziali*, intesi come sequenza integrata di attività;
- modello organizzativo basato sull'integrazione interprofessionale e multidisciplinare, secondo la logica del *case management*, in grado di garantire al paziente la qualità del servizio erogato;
- modello assistenziale per *aree ad intensità di cura omogenee*.

Un ulteriore obiettivo raggiunto è stato quello dell'aumento di collaborazione tra la componente medica e chirurgica per il trattamento di patologie omogenee, sfruttando il vincolo dell'integrazione logistica e della convivenza nel nuovo setting assistenziale dell'high care, e restituendo alla figura dell'internista ospedaliero quel ruolo centrale nella gestione delle situazioni cliniche più complesse, che negli ultimi anni è stato fortemente messo in discussione.

In tale contesto, nei primi sei mesi di attività del nuovo ospedale, gli indicatori di performance mostrano come nei posti letto di high care, sia nella chirurgia generale ed urologia che nella medicina interna e neurologia (confrontati con i rispettivi indicatori di media e bassa assistenza), la degenza media dei dimessi e la permanenza media degli usciti aumentano in media rispettivamente di 5,8 e 3,8 giorni, dimostrando una richiesta più elevata di assistenza.

Anche il peso dei DRG è più elevato, in particolare il peso dei DRG di chirurgia generale nella "stecca" di degenza ordinaria a media assistenza è di 1,30, mentre nella chirurgia high care è di 2,03; nella medicina generale "stecca" di degenza ordinaria a media assistenza è di 1,19, mentre nella medicina high care è di 1,62.

Inoltre l'82% della casistica per DRG nell'unità di degenza di chirurgia generale, è trattata con degenza inferiore ai 5 giorni e quindi effettivamente con media e bassa assistenza e prevalentemente in week surgery, mentre il 65% della casistica della chirurgia high care è stata trattata con degenza superiore ai 5 giorni e quindi con più elevata assistenza.

6. Punti di criticità

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 ha suscitato lamentele da parte dell'utente stesso e dei suoi familiari che si sentono «ballottati» all'interno della struttura. Anche i medici hanno reclamato il «girovagare» tra un'unità operativa 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:

- a) evitare i ritrasferimenti nella chirurgia a ciclo breve dalla degenza ordinaria o dall'high care;
- b) dimettere direttamente dall'high care senza procedere a ulteriori trasferimenti;
- c) ricoverare i pazienti della chirurgia generale solamente nel ciclo breve e in high care, evitando la degenza ordinaria che è rimasta così quasi esclusivamente destinata alle chirurgie specialistiche.

Le difficoltà nel passare da una logica "specialistica" ad una "per intensità di cura" su diversi fronti: nella gestione del blocco operatorio; nella resistenza ad accettare l'idea di non avere più a disposizione la "propria caposala" o posti letto non più raccolti in spazi fisici di "appartenenza", ma collocati in spazi condivisi; nella resistenza ad accettare una professionalità infermieristica basata su risposte flessibili in relazione ai differenti contesti operativi, che contrasta con la sempre più spinta specializzazione della componente medica.

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 unità operative dimensionate per carichi elevati abbiano in realtà una casistica meno grave da gestire e viceversa unità operative 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.

Alcune di queste criticità iniziali sono state in gran parte superate con la nuova rimodulazione assistenziale e relativa assegnazione di posti letto, così come già descritto nella figura 1.

7. Conclusioni

Gli obiettivi ed i risultati raggiunti, unitamente all'analisi delle criticità ancora aperte, porta a trarre alcune riflessioni già da questa fase sperimentale sulla opportunità/necessità di mettere a regime nuovi modelli di degenza nei presidi ospedalieri, funzionali alle sempre più diffuse politiche regionali a sostegno della clinical governance.

Appare evidente la necessità di un migliore e diverso coinvolgimento dei professionisti, nelle dinamiche gestionali ed in quelle cliniche, improntato a sviluppare processi di riorganizzazione, superando il modello professionale tradizionale basato sulla singola unità di degenza e medicocentrico.

Ancora, lo scostamento dai modelli teorici di degenza basati sulla diversa intensità assistenziale e sull'integrazione interprofessionale e multidisciplinare è una circostanza abbastanza frequente nelle fasi transitorie iniziali perché occorre adattare l'innovazione alla singola realtà locale (logistica, risorse umane, ecc.), ma rappresenta comunque il risultato dell'avvio di un processo di diffusione di una nuova cultura clinica e gestionale.

Infine, pur tenendo conto che ogni progetto innovativo di assistenza ospedaliera va contestualizzato ed adattato con riferimento al capitale umano disponibile ed alle strutture edilizie esistenti, è ragionevole ritenere che la riproducibilità del progetto di riorganizzazione per aree d'intensità di cura omogenee e d'assistenza multispecialistica sia programmabile e realizzabile in ogni presidio ospedaliero, soprattutto di medie dimensioni e con specifici bacini di utenza. È altresì evidente che processi di cambiamento organizzativo e gestionale così profondi e radicali devono essere sostenuti con appropriati percorsi

formativi e supportati costantemente dalle direzioni aziendali e dalle direzioni mediche di presidio per consolidare le relazioni funzionali nelle aziende sanitarie tra le responsabilità cliniche ed organizzative al fine di migliorare la qualità dell'assistenza.

Riferimenti bibliografici

- Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S. (2006): Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota, *Rapporto OASI*, 457-494.
- Daly B.J., Rudy E.B., Thompson K.S., Happ M.B. (1991): Development of a special care unit for chronically critically ill patients, *Heart Lung*, 20:45-51.
- Douglas S., Daly B.J., Rudy E.B. et Al. (1995): The cost-effectiveness of a special care unit to care for the chronically critically ill, *J Nurs Adm*, 25:47-53.
- Franklin C.M., Rackow E.C., Mamdani B. et Al. (1988): Decreases in mortality on a large urban medical service by facilitating access to critical care. An alternative to rationing, *Arch Intern Med*, 148:1403-1405.
- Lega F. (1999): Dalla struttura alle persone: considerazioni su natura, finalità e ruolo del dipartimento ospedaliero, *Mecosan*, 8(30):9-24.
- Lega F. (2003): Orientare all'innovazione l'ospedale. Aspetti strategici, organizzativi e gestionali, *Mecosan*, 12(47):23-38.
- Popovich J. (1991): Intermediate care units. Graded care options, *Chest*, 99:4-5.
- Puleo A., Di Rosa S. (2002): Tipologia del paziente critico in Medicina Interna, *Giornale Italiano di Medicina Interna*, 1(4):33-37.
- Rudy E.B., Daly B.J., Douglas S., Montenegro H.D., Song R., Dyer M.A. (1995): Patients outcomes for chronically critically ill: special care unit versus intensive care unit, *Nurs Res*, 44:324-331.