

Il cambiamento nelle organizzazioni sanitarie: l'intensità di cure, come leggerne l'evoluzione

A. Pignatto, direttore scientifico Antiforma s.r.l. Milano, esperto di metodologia cognitiva e comportamenti organizzativi
C. Regazzo, presidente Antiforma s.r.l. Milano, Formatrice Senior Area Sanità
P. Tiberi, membro della direzione scientifica Antiforma s.r.l. Milano

Rispetto a quanto compiuto negli Anni '90, l'ultimo decennio è stato caratterizzato da riforme in ambito sanitario che sono risultate meno omogenee e probabilmente di portata minore. Ciò che ne ha contraddistinto il procedere è stato il complesso intrecciarsi di pressioni sociali, politiche, professionali e organizzative. L'organizzazione delle strutture sanitarie ha risentito di tali tensioni, e ciò obbliga il management aziendale ad affrontare con competenza e precisione crescente le sfide che si pongono.

Le dinamiche, ormai pluricite, che determinano le linee di indirizzo ed al tempo stesso vincolano l'azione delle amministrazioni sono:

- la cronicizzazione delle patologie e l'invecchiamento della popolazione;
- lo sviluppo continuo delle conoscenze e delle tecnologie;
- la tensione sugli aspetti economici e, dunque, sulla scarsità delle risorse;
- il crescente ricorso a strutture ospedaliere per problemi non acuti;
- l'accentuata consapevolezza della popolazione in merito ai propri diritti.

Proprio adeguandosi a tali sviluppi le strutture sanitarie ospedaliere hanno dovuto affrontare con sistematicità e completezza un profondo riassetto organizzativo a vari livelli della loro azione. Innanzitutto, dal punto di vista strategico, la princi-

pale evoluzione del sistema ha portato al coinvolgimento dei professionisti nell'assunzione di decisioni cruciali venendo così responsabilizzati su punti prettamente manageriali.

Parallelamente osserviamo una riorganizzazione dell'intero sistema azienda che sta concentrandosi su più dimensioni: dai modelli culturali a quelli operativi tipici del contesto professionale tradizionale.

In questa evoluzione si sta imponendo l'idea di un

ospedale strutturato intorno ad aree di cura conformate sulla severità clinica del paziente e sulla complessità assistenziale richiesta.

In linea generale possiamo dire che in tale visione gli spazi di degenza saranno previsti per singole specialità in relazione alla richiesta di assistenza proveniente dal dipartimento dell'Emergenza da un lato e dall'accettazione programmata dall'altro. L'ospedale per intensità delle cure viene pensato a partire da un approccio logistico - organizzativo tale da consentire la presenza di aree meno delimitate rispetto alle vecchie divisioni e alle attuali strutture complesse. I modelli culturali che l'ospedale così pensato richiede di mettere in discussione riguardano la modificazione e il superamento del modello professionale tipicamente basato sull'UO e medico-centrico. Si rendono necessarie riflessioni sul cambiamento nelle pratiche gestionali e si aprono nuovi spazi per il confronto e la collaborazione interdisciplinare e multi professionale. Possiamo quindi affermare che l'intensità delle cure



1 A questo proposito si vedano le due ricerche: Physician-Leaders and Hospital Performance: Is There an Association?, A. H. Goodall, luglio 2011 e Management in Healthcare: Why good practice really matters, McKinsey&Company, The London School of Economics and Political Science



è un approccio organizzativo la cui attivazione richiede un grande impegno di contestualizzazione alla realtà aziendale nella quale viene implementato. Non si costituisce quale modello rigido, ma funzionale rispetto all'asse organizzazione - professionisti così da permettere il perseguimento di un'ottimizzazione della produttività delle risorse a disposizione e del recupero della centralità dei pazienti nei processi assistenziali.

È importante quindi comprendere come l'assetto tecnico-logistico della realtà nella quale ci si trova ad operare influenza notevolmente il suo funzionamento. La localizzazione dei posti letto, delle sale operatorie, la grandezza dei magazzini e il posizionamento dei servizi di diagnostica in relazione alle UUOO, gli spazi fisici nei quali l'organismo personale usufruisce delle risorse strumentali determinano la successiva configurazione dei processi di assistenza.

Da tali considerazioni discende dunque l'assunto centrale per il quale quando si parla di ospedale per intensità non si deve pensare ad un modello preconstituito, ma ad una filosofia organizzativa che può ispirare l'innovazione nel funzionamento dell'ospedale. L'obiettivo non è porre innanzi una rivoluzione dell'ospedale seguendo uno schema rigido ed inflessibile, quanto identificare quei cambiamenti e quelle riconfigurazioni che possono aiutare ad affrontare i nodi critici sorti dalle caratteristiche della popolazione di riferimento dello specifico ospedale, dalla qualità e quantità di risorse e tecnologie presenti, dai volumi, dalla natura e dalla tipologia di prestazioni erogate, nonché dal tipo di organico presente per dotazione e competenza.

La realizzazione dell'ospedale per intensità delle cure prevede l'attualizzazione di percorsi e la costituzione di soluzioni organizzative innovative a partire da alcune determinanti di base:

- La durata della degenza: per i pazienti per i quali è previsto un soggiorno in ospedale inferiore ai cinque giorni vengono predisposte aree fisiche quali la *week surgery* (paziente chirurgico) o la *week hospital* (paziente medico).
- Urgenza: normalmente negli ospedali per intensità delle cure vengono tenuti distinti i percorsi di ricovero programmati da quelli legati all'emergenza/urgenza e si realizza una zona "polmonare" in DEA di Osservazione Breve Intensiva.

- Tecnologia: si pensi all'area T.I.P.O. (Terapia Intensiva Post Operatoria) predisposta per quei pazienti che richiedono tecnologie ad elevato costo.

- Complessità assistenziale: alcuni ospedali predispongono aree specifiche per pazienti a bassa severità clinica, ma elevata complessità assistenziale.

- Percorsi ambulatoriali distinti dai percorsi dei pazienti acuti, realizzabile fisicamente tramite la strutturazione di apposite aree (es. Day Hospital o PAF).

- Low Care: tramite la realizzazione di una struttura a bassa intensità di cure e complessità assistenziale.



Indipendentemente da quale dei precedenti criteri viene adottato (o quale specifico mix) viene altresì richiesta la modificazione di meccanismi

operativi e di coordinamento. Tra questi possiamo citare la diversa pianificazione delle agende operatorie, la revisione delle procedure sanitarie, la costituzione di percorsi di preospedalizzazione, la disposizione di un'attenta logistica del paziente, l'attuazione di meccanismi di coordinamento tra diverse UUOO, la programmazione del processo di dimissione ecc.

Come detto, la correttezza del modello deve quindi scaturire dalla coerenza tra il contesto organizzativo nel quale ci si muove e la cultura dell'organizzazione e dei professionisti che vi sono coinvolti. Uno degli aspetti più problematici nell'implementare un ospedale secondo il modello dell'intensità di cure riguarda proprio il cambiamento culturale degli operatori che in tale processo sono coinvolti.

L'esperienza concreta degli ospedali lombardi ha mostrato come una leva strategica risultata vincente per la realizzazione dei percorsi di cambiamento sia consistita nell'utilizzo di alcuni strumenti culturali. Tra di essi dobbiamo individuare sicuramente l'uso corretto della comunicazione e della formazione anche tramite i quali viene a costruirsi l'identità dell'organizzazione. Trasversalmente alle attività di gestione e di riorganizzazione tecnica dell'ospedale, l'attivazione di percorsi di sensibilizzazione formativa costante si è mostrata nel concreto quale indispensabile strumento di accompagnamento alla realizzazione efficace del modello.

Agendo in stretto contatto con la gestione tecnica del cambiamento organizzativo, la formazione deve porsi quali obiettivi fondamentali:



- Agevolare il coinvolgimento dei professionisti nei processi di cambiamento con tempi adeguati;
- Orientare la cultura dell'integrazione in una logica di gestione per processi;
- Pervenire ad un modello condiviso che permetta il recupero di tutto l'esistente ma lo riconduca ad un modello futuro ispirato all'intensità delle cure.

IL RUOLO DELLA FORMAZIONE

Tradizionalmente la formazione assume il significato di processo avente come obiettivo lo sviluppo delle abilità dell'individuo, contribuendo a migliorarne le capacità di esecuzione del lavoro. La trasmissione di nozioni e l'acquisizione di un comportamento adeguato al raggiungimento degli obiettivi lavorativi risultano ricoprire un ruolo significativo nella costruzione del senso attribuito al termine formazione.

Ne risulta così un concetto di formazione intesa come insieme di azioni volte alla predisposizione del lavoro attraverso l'acquisizione di conoscenze, lo sviluppo di abilità e l'interiorizzazione di atteggiamenti tali da favorire il continuo e costante adattamento dell'individuo e della sua professionalità al mutare delle esigenze organizzative.

In un nostro lavoro editoriale² affermavamo come la formazione debba riuscire a costituirsi come punto di incontro tra istanze organizzative ed istanze individuali, intendendo con questo il fatto che essa debba mirare a colmare quel gap dato dalla differenza tra le esigenze dell'organizzazione ed i profili individuali. Essa deve cioè porsi l'obiettivo di migliorare l'organizzazione nel suo insieme e deve farlo individuando le esigenze soggettive delle quali ogni singolo professionista si fa portatore per realizzare percorsi disegnati il più possibile su di esso.

Ricorrere alla formazione come investimento e come politica di sviluppo riesce a far sviluppare agli individui competenze professionali e relazionali in grado far evolvere l'organizzazione: si tratta di un fattore chiave di riuscita per i mutamenti e le riconversioni produttive. Restrungendo la nostra sfera di indagine al solo ruolo delle strutture sanitarie possiamo descriverla quale strumento indispensabile per la buona riuscita dei processi di transizione verso l'intensità delle cure.

I cambiamenti culturali sopra descritti trovano infatti il loro principale punto di arresto laddove si sviluppa una forte resistenza da parte dei professionisti.

Sappiamo infatti che nessuna spinta al cambiamento può risultare efficace in un'organizzazione se essa viene percepita come incompatibile con la cultura organizzativa prevalente e con la struttura di potere interna.

Uno dei ruoli che la formazione dovrà saper fare proprio sarà dunque quello di accrescere le spinte e ridurre le resistenze. Le leve classiche che normalmente vengono delineate per il perseguimento di questo scopo sono:

1. il coinvolgimento del personale, adeguando la scelta e lo sviluppo delle risorse umane alle strategie;
2. la comunicazione, attraverso un'adeguata scelta sia del target verso cui indirizzare sia il messaggio che del mezzo con il quale compiere tale operazione;
3. l'utilizzo di strumenti di project management, aiutando ad assegnare in modo chiaro compiti e ruoli;
4. l'ascolto proattivo delle competenze già presenti nei team di lavoro.

Coinvolgimento del personale

Attraverso metodologie formative tradizionali, il coinvolgimento del personale è attuabile a partire da eventi di sensibilizzazione durante i quali strutturare informazioni finalizzate ad una partecipazione positiva della nuova organizzazione. Si tratta di attivare momenti di comunicazione-informazione sul nuovo modello organizzativo e nel contempo ascoltare in modo proattivo i collaboratori dell'azienda. Questi eventi formativi rappresentano anche un'occasione di confronto e di scambio positivo tra i professionisti.

Comunicazione

L'obiettivo consiste nello svolgimento di attività formative rivolte a gruppi di dipendenti che a loro volta fungono da punto di riferimento per lo sviluppo di attività di comunicazione interna. A questo proposito è interessante progettare sedute di formazione in presenza per insegnare tecniche di comunicazione o realizzare attivamente strumenti di supporto all'informazione utilizzabili dal personale formato per completare l'attività di comunicazione prevista.

Strumenti di project management

Attraverso l'uso di metodologie formative "sul campo" è realizzabile lo studio e la rappresentazione dei percorsi paziente praticabili all'interno dell'ospedale. In questo caso la formazione si costituisce quale elemento di facilitazione che permette ai

2 A.Pignatto, C.Regazzo e P.Tiberi (2010), La formazione sul campo. Uno strumento di apprendimento per i professionisti della salute, Maggioli Editore, S.Arcangelo di Romagna.



gruppo di lavoro individuati di indicare il percorso dell'utenza andando altresì a specificare possibili miglioramenti sulla base delle mutate esigenze dell'ospedale.

L'ascolto proattivo delle competenze già presenti nei team di lavoro

Attraverso l'analisi del percorso paziente viene realizzata una ricognizione dell'esistente permettendo agli stessi professionisti di acquisire consapevolezza sull'intero processo di cura. La descrizione, svolta da gruppi di miglioramento condotti da appositi esperti trainer qualificati, è pertanto mirata all'esposizione ed alla rappresentazione di quanto effettivamente succede ad un "paziente tipo" nel suo percorso di diagnosi e/o di terapia e/o assistenza nella specifica organizzazione aziendale.

La costruzione del percorso effettivo si basa sull'analisi della documentazione già esistente all'interno dell'azienda (protocolli, linee guida, PDTA già adottati) e, nella logica dell'intensità di cura, sarà cura del gruppo in questa fase la ricerca dei "muda" (sprechi ed inefficienze). Per questo è necessario conoscere le risorse e i vincoli offerti, le modalità di attivazione e gli strumenti a disposizione ottimizzando in tal modo le risorse disponibili.

Il metodo: la formazione sul campo

La metodologia principale attraverso la quale è oggi spesso l'intervento formativo è la formazione sul campo (FSC). Il grande vantaggio dato dal suo uso consiste nell'evitare le difficoltà legate alla traduzione in termini operativi di quanto appreso con le pratiche formative. Trasferire una conoscenza dal piano teorico a quello pratico è possibile innanzitutto se vi è una parte di acquisizione di tale nozione legata ad una sua determinazione astratta la cui applicazione comporta un dispendio ulteriore di energie. La formazione sul campo oltrepassa questa difficoltà andando a compiersi durante gli stessi processi lavorativi.

Le iniziative che coinvolgono direttamente i partecipanti, dotandoli al contempo dei mezzi pratici per la risoluzione di reali criticità, risultano maggiormente incisivi nell'atto di trasformazione delle routine lavorative. La relazione che in esse si costituisce tra formazione e lavoro ne giustifica ampiamente il successo (in termini di apprendimento).



Alla luce di queste riflessioni, non va dimenticato che, in una organizzazione complessa che produce fattori di salute il docente/animatore di formazione è membro attivo di una rete cognitiva di saperi dove l'obiettivo è tesaurizzare saperi non espliciti e conferire memoria dei saperi espliciti trasformandoli in comportamenti attesi.

CONCLUSIONI

All'interno di complessi processi di cambiamento organizzativo, la formazione deve avere l'importante compito di comprendere e orientare la cultura aziendale prevalente permettendo l'integrazione delle professionalità esistenti così da consentire l'adozione di un modello condiviso ispirato al nascente modello organizzativo.

Tale compito si costituisce quale elemento caratterizzante la formazione stessa. In quest'ottica abbiamo infatti cercato di darne una definizione. Interpretare la formazione quale leva strategica significa permettere il perseguimento delle strategie organizzative attraverso la gestione delle esigenze e delle aspettative delle persone che attivamente dovranno realizzarle. Contestualmente, l'intensità delle cure si costituisce quale importante banco di prova nei confronti del sistema sanitario. Inutile negare la presenza di difficoltà e criticità attuative che nelle esperienze concrete devono essere comprese ed affrontate. Prime tra queste è la resistenza e la paura dei professionisti, lo spaesamento nella perdita di routine acquisite. Il nodo cruciale è dato dal processo di gestione di questa transizione e del modo in cui essa verrà approcciata nei singoli ospedali.

I processi di cambiamento organizzativo hanno necessariamente bisogno di una gestione in termini strategici al fine di poter essere controllati e orientati. Per esserlo è inoltre necessario, ancorché evidente, che il cambiamento per essereavalato debba essere primariamente compreso ed in un secondo momento condiviso.

In questa prospettiva la formazione, attraverso l'uso degli strumenti di cui dispone, potrebbe essere investita del ruolo di risorsa chiave per l'avviamento di quelle riflessioni organizzative che dovranno sostenere la strategia di cambiamento

BIBLIOGRAFIA

- 30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura - Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa Azienda USL 3 Pistoia Azienda USL 4 Prato Azienda USL 11 Empoli - gennaio 2007 http://www.anmco.it/download/delegazioni%20regionali/toscana/30_TESI.pdf
- Alesani D., Barbieri M., Lega F., Villa S., Gli impatti delle innovazioni dei modelli logistico organizzativi in ospedale: spunti da tre esperienze aziendali pilota. In: A. Pessina, Rapporto OASI 2006. L'aziendalizzazione della sanità in Italia, Egea, Milano, 2006. http://portale.unibocconi.it/wps/allegatiCTP/Capitolo13_Oasi%202006_1.pdf
- Sir Ara Darzi, Saws and Scalpels to Lasers and Robots - Report of Department of Health Advances in Surgery, 2007 http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_074442.pdf
- Briani S., Cortesi E., L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. *Igiene e Sanità Pubblica*, n. 63, Roma, 2007, pp. 577-586
- V C Burch, G Tarr and C Morroni., Modified early warning score predicts the need for hospital admission and in hospital mortality. *Emergency Medicine Journal*; 25, 2008 674- 678.
- Cavaliere B., Sistema integrato della misura della complessità assistenziale. *Management Infermieristico*, n. 2, 2006, Milano pp.13-22
- Cavaliere B., Snaidero D., Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico*, n.1, 2005, Milano, pp. 32-36
- De Pietro Carlo, Gestire il personale nelle aziende sanitarie italiane, McGraw-Hill, Milano, 2005
- Galgano Alberto e Cristina, Il sistema Toyota per la sanità, Guerini e Associati, Milano, 2006
- Goggi E., Sormani L., "La sfida dei cinque nuovi ospedali in Lombardia. Realismo o velleità?", in *Agorà*, n.44, gennaio marzo 2010, pp. 17-18
- Lega F, DePietro C., Converging patterns in hospital organization: beyond the professional bureaucracy, *Health Policy*. 2005 Nov;74(3):261-81
- L. Fagerstrom, A. K. Rainio, A. Rauhala, K. Nojonen, Validation of a new method for patient classification, the Oulu Patient Classification, *Journal of Advanced Nursing* 31, 2008
- Moiset C., Vanzetta M., Misurare l'assistenza - il SIPI: dalla progettazione all'applicazione. Milano: Mc Graw-Hill, Milano, 2009
- Nicosia F., L'ospedale snello. Per una sanità a flusso controllato e intensità di cure, Franco Angeli Editore, Milano, 2008
- G. Pagiucio, P. Falloppi, Complessità assistenziale modelli a confronto, *Management Infermieristico*, n. 1, 2006, Milano, pp. 11-21
- G. Perrella, R. Leggeri, La gestione del rischio clinico, Franco Angeli editore Milano, 2007
- Pignatto A., Regazzo C., Tiberi P., Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera, in *Agorà*, n.44, gennaio marzo 2010, pp. 13-15
- Rapporto CEIS - Sanità 2006 - Il governo del sistema sanitario Health Communication, Regione Toscana L.R. 40/2005
- Regione Lombardia L.R. 9014/2008
- Pessina E., Cantù E., L'aziendalizzazione della sanità in Italia. Rapporto Oasi 2006. EGEA, Milano, 2006, pp. 457-493
- S. Setti, Project & Process Management - La gestione integrata di progetti e processi: una sfida organizzativa, Franco Angeli Editore, 2008
- Silvestro A., Maricchio R., Montanaro A., Molinar Min M., Rossetto P., La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. McGraw Hill, Milano, 2009
- Spear SJ, Schmidhofer M. Ambiguity and Workarounds as Contributors to Medical Error, in *Annals of Internal Medicine* 2005, 142(8): 627-30.
- Tiraboschi G., Organizzazione per intensità di cura: il percorso di attuazione nel nuovo Ospedale di Bergamo "Beato Papa Giovanni XXIII (tesi). Milano: Università degli Studi di Milano Bicocca., Milano, 2009