
LA RIORGANIZZAZIONE PER INTENSITÀ DI CURA NELL'AZIENDA OSPEDALIERA – UNIVERSITARIA DI CAREGGI

RAPPORTO SULLE INTERVISTE

A CURA DI:



PER ARS

Agenzia Regionale di Sanità della Toscana

- INDICE -

1. METODOLOGIA DELL'INDAGINE E STRUTTURA DEL RAPPORTO (P.3)

IL METODO: LE INTERVISTE (P.3)

2. PRESENTAZIONE DEL CASO (P.7)

Il "Nuovo Careggi (p.9)
La dipartimentalizzazione dell'azienda (p.10)
La riorganizzazione per intensità di cura (p.11)
I dipartimenti coinvolti (p.12)

3. LA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C: IL CONTESTO E GLI AMBITI DI INTERVENTO (P20)

LA SITUAZIONE DI PARTENZA (P.20)

Esigenze e problemi (p.20)
Obiettivi (p.23)
Il lancio del progetto: tempi e modalità
per la costruzione del consenso (p.25)
La normativa di riferimento (p.31)

GLI AMBITI DI INTERVENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C (P.32)

Strutture fisiche (p.32)
Risorse finanziarie (p.35)
Processi gestionali e tecnico- professionali (p.37)
Aspetti normativi e regolatori (p. 41)
Politica e informazione (p.42)
Cultura, ricerca e formazione (p.43)
Tecnologia e informazione (p.47)

4. LA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C: ORGANIZZAZIONE E STRUTTURA (P.48)

L'ORGANIZZAZIONE PER I.D.C. (P.48)

Il sistema di regole (p.48)
Gli strumenti operativi (p.52)
Il sistema informativo di monitoraggio (p.53)
La gestione (p.54)

LA STRUTTURA DELLA RETE (P.55)

5. VALUTAZIONE E PROSPETTIVE (P.60)

Qualità del servizio e sostenibilità
della riorganizzazione (p.60)
Prospettive future e tempi di realizzazione
della riorganizzazione (p.66)

APPENDICE

TRACCIA DELL'INTERVISTA (I)

METODOLOGIA DELL'INDAGINE E STRUTTURA DEL RAPPORTO

IL METODO: LE INTERVISTE

Il presente rapporto riporta quanto emerso da una serie di interviste effettuate ad alcuni testimoni chiave dell'esperienza di riorganizzazione per intensità di cura dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi.

Le interviste sono state condotte nei mesi di giugno e luglio 2009. L'elenco degli intervistati è stato messo a punto dal coordinamento scientifico della ricerca per la Regione Toscana¹.

Le interviste sono state condotte sulla base della traccia "Strumenti e modelli per la programmazione delle Reti ospedaliere", comune a tutti i *case study* della ricerca, coordinata da Agenas², appositamente riadattata all'indagine sul processo di riorganizzazione per intensità di cura e al caso specifico dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi.

Le modifiche alla traccia comune sono state introdotte a seguito dell'intervista test condotta con la dott.ssa Grazia Campanile della direzione sanitaria dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi e messe a punto in collaborazione con la dott.ssa Stefania Rodella Coordinatrice dell'Osservatorio Qualità e Equità - *ARS Toscana*.

Le modifiche introdotte hanno riguardato principalmente il secondo dominio³, il quesito sul modello di rete alla base del processo⁴. Si è infatti reso necessario formulare due distinte domande per indagare la struttura della rete ospedaliera:

- come si struttura la **rete interdipartimentale** interna all'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi?
- come si inserisce l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi nella **rete di Area Vasta**?

Si ritiene opportuno anticipare che, in sede di analisi, è emersa una terza dimensione della rete ospedaliera, la dimensione **intradipartimentale** che, in quei dipartimenti coinvolti dalla

¹Il coordinamento scientifico per la Regione Toscana è stato condotto da ARS, Agenzia Regionale di Sanità.

²La traccia originale è riportata integralmente in appendice al rapporto.

³Dominio 2: Macro-struttura della rete - Azioni per la costruzione della rete. Temi guida: modello di rete, azioni per costruire la rete (rete come variabile dipendente).

⁴La traccia utilizzata è riportata integralmente in appendice al rapporto.

riorganizzazione per intensità di cura, risulta essere stata interessata da importanti modifiche.

Inoltre, data la particolare organizzazione interna dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, non è risultato possibile riferirsi ai modelli indicati nel dizionario fornito all'interno della traccia originale dove si richiedeva all'intervistato di descrivere il modello di rete cui il progetto maggiormente si ispirava indicando quali fossero le dimensioni più adeguate a descriverlo all'interno di un breve elenco⁵.

Si è comunque indagato approfonditamente sulle direzioni e sull'intensità delle relazioni che sussistono all'interno dell'azienda e tra quest'ultima e il territorio al fine di poter ricondurre, dove possibile, le tre reti individuate in cui si è inserito il processo a modelli formali di riferimento.

Le interviste sono state registrate su supporto audio, integralmente trascritte e tematizzate con l'ausilio del software per l'analisi del testo *Atlas.ti*.

la struttura del rapporto

Il rapporto riporta una descrizione approfondita di tutti gli aspetti inerenti alla riorganizzazione per intensità di cura mettendo a confronto le differenti opinioni emerse dalle interviste⁶.

L'ossatura del rapporto coincide con la struttura per domini già definita nella traccia dell'intervista e si articola in:

- presentazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi e dei principali cambiamenti che negli ultimi anni si sono verificati al suo interno;
- contesto di partenza in cui il processo di riorganizzazione per intensità di cura è stato avviato e gli interventi messi in atto;
- descrizione dettagliata delle caratteristiche della nuova organizzazione e approfondimento sulle tre differenti dimensioni che contraddistinguono la dimensione della rete ospedaliera dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi – quella intradipartimentale, quella interdipartimentale e quella di Area Vasta;

⁵ Il dizionario essenziale conteneva le definizioni dei seguenti modelli e dimensioni di rete: *linkage*, coordinamento, differenziazione, centralizzazione e integrazione.

⁶ Per motivi di privacy, le citazioni sono inserite in maniera anonima nel rapporto ma sono riconducibili alle trascrizioni delle interviste attraverso un codice numerico di riferimento abbinato all'elenco degli intervistati.

- valutazioni emerse rispetto a: la sostenibilità della riorganizzazione; la qualità dei servizi ospedalieri a cui è stata applicata la nuova organizzazione, le difficoltà incontrate durante il processo e le criticità che la riorganizzazione ha determinato; le prospettive future della riorganizzazione per intensità di cura nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi.

Dalle interviste sono emerse alcune cornici interpretative trasversali ai domini (emerse in fase di riascolto delle interviste) che hanno orientato in parte anche la tematizzazione delle trascrizioni e che saranno messe in evidenza all'interno del rapporto.

Tali *frame*, riportati di seguito, sono caratterizzati da una struttura dicotomica:

- **dipartimenti coinvolti/dipartimenti non coinvolti:** sono emerse chiaramente alcune profonde differenze nella descrizione, nell'analisi e nella valutazione della riorganizzazione per intensità di cura rilevate nelle interviste ad attori che operano nei dipartimenti coinvolti dal processo e quanto invece emerso dalle interviste a coloro che rivestono un ruolo in aree dell'ospedale non ancora interessate dalla riorganizzazione.
- **infermieri/medici:** differenze di analisi e valutazione sono emerse anche tra gli intervistati a seconda della loro appartenenza al comparto medico o a quello infermieristico; medici e infermieri intervistati hanno infatti mostrato di aver percepito e vissuto con modalità completamente diverse, se non opposte, l'introduzione del modello organizzativo dell'intensità di cura.
- **risorse/cura:** le interviste evidenziano l'esistenza di due interpretazioni diametralmente opposte del processo di riorganizzazione per intensità di cura: se alcuni intervistati "leggono" infatti la riorganizzazione come un processo di trasformazione che nasce da motivazioni esclusivamente economiche e avente come principale obiettivo la razionalizzazione delle risorse, per altri la riorganizzazione per intensità di cura è invece la risposta gestionale e organizzativa ad un più ampio processo di trasformazione culturale che ha modificato il concetto stesso di percorso assistenziale e il rapporto tra il personale medico- ospedaliero e il paziente, e anzi l'applicazione di questo modello, secondo gli stessi soggetti, non porterebbe necessariamente con sé una riduzione dei costi.
- **identità/efficienza:** infine affiora un'ulteriore differenza interpretativa che sembra essere alla base della maggiore o minore approvazione della riorganizzazione per intensità di cura da parte del personale medico.

Secondo alcuni intervistati la qualità del servizio sarebbe stata finora garantita da quella dimensione del reparto, con la sua struttura “identitaria” definita, che rappresentava un punto di riferimento sia per il personale che per i pazienti; una struttura che, però, risulterebbe stravolta dalla ridefinizione dei ruoli imposta dal nuovo modello organizzativo.

Secondo altri intervistati invece la nuova modalità di lavoro aumenterebbe l'efficienza del servizio e introdurrebbe una nuova modalità lavorativa basata sull'interazione professionale all'interno di *equipe multi professionali e multi specialistiche*. Una modalità che rafforzerebbe le relazioni tra i diversi comparti professionali – quello medico, quello infermieristico e quello del personale di supporto – migliorando la qualità della presa in carico del paziente e ottimizzando le risorse: obiettivi non raggiungibili attraverso la struttura statica del reparto.

PRESENTAZIONE DEL CASO⁷.

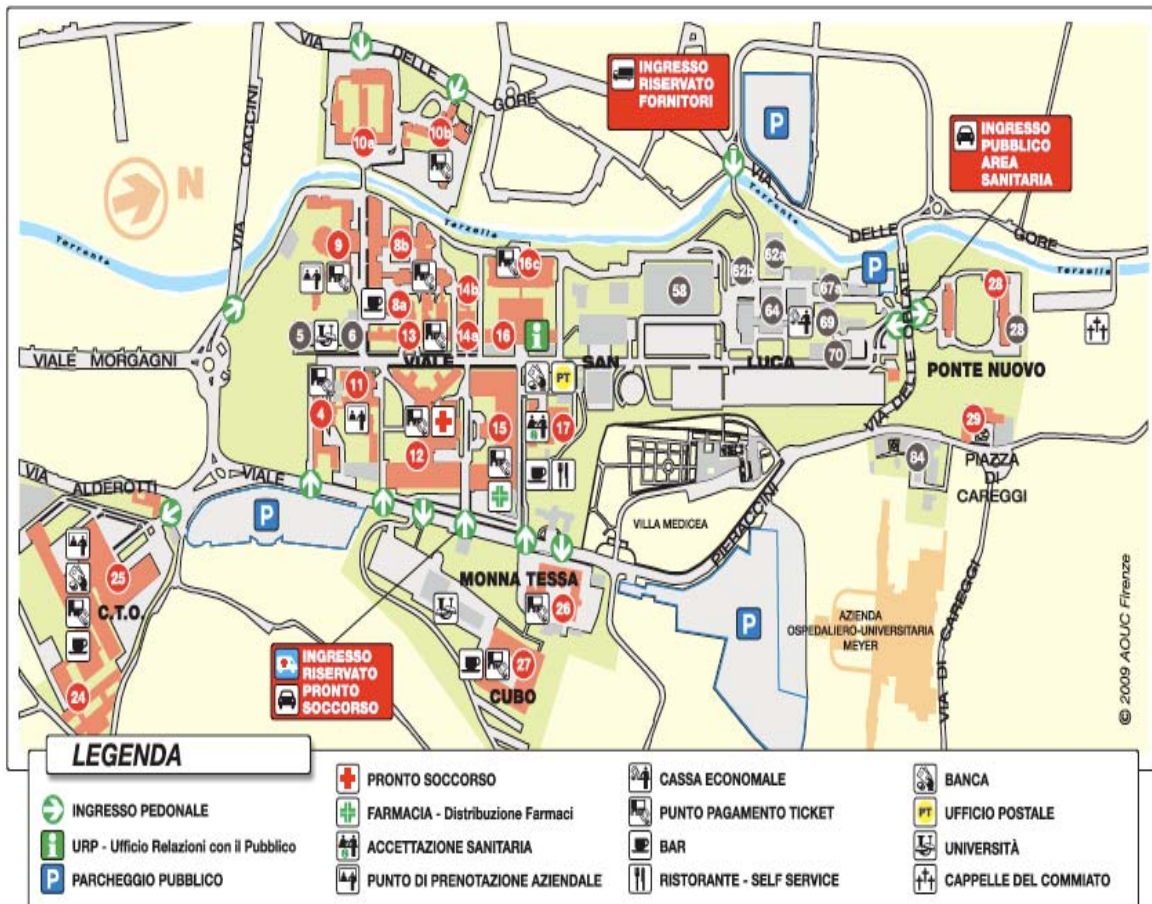
L'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Careggi è un grande ospedale di terzo livello, il più grande della Toscana. L'azienda, nata dall'integrazione del Sistema Sanitario Toscano e dell'Università degli Studi di Firenze, si caratterizza per lo svolgimento congiunto di attività assistenziali, didattiche e di ricerca.

A livello assistenziale l'azienda: eroga prestazioni di ricovero, prestazioni ambulatoriali specialistiche ed attività di emergenza e urgenza; persegue lo sviluppo dell'alta specializzazione in quanto polo di riferimento di Area Vasta, regionale e nazionale.

L'ospedale fin dalla sua progettazione e costruzione, avvenuta all'inizio del '900, presenta una struttura a padiglioni che si articola in 25 padiglioni e 42 edifici su una superficie di 74 ettari a nord della città di Firenze, presentandosi come una vera e propria "cittadella" ospedaliera.

<p><i>I NUMERI DI CAREGGI</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 74 ettari di estensione ▪ 170 strutture sanitarie e amministrative ▪ 25 padiglioni, 42 edifici ▪ 5.800 dipendenti ▪ 1.650 posti letto ▪ 28 corsi di laurea ▪ 47 scuole di specializzazione ▪ 47 master universitari 	<p><i>Ogni anno:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 54.115 ricoveri in degenza ordinaria* ▪ 22.360 ricoveri in day hospital* ▪ 131.533 accessi al Pronto Soccorso* ▪ 9.778.857 prestazioni ambulatoriali (pazienti interni ed esterni)* <p><small>* dati relativi all'anno 2008 tratti dal sito internet www.aou-careggi.toscana.it</small></p>
--	---

⁷ La descrizione del caso è stata elaborata sulla base della documentazione cartacea raccolta durante le interviste e sulla base delle informazioni tratte dal sito internet www.aou-careggi.toscana.it. Si riporta in appendice un elenco dettagliato delle fonti.



- Area Sanitaria**
- 14e Ambulatori Chirurgici
 - 14b Ambulatori Ematologia
 - 10a Anatomia Patologica
 - 12 Chirurgia Generale - Pronto Soccorso
 - 8b Clinica Chirurgica
 - 13 Clinica Medica
 - 10b Clinica Neurologica
 - 4 Clinica Oculistica
 - 9 Clinica Ostetrica e Ginecologica - "La Margherita"
 - 25 C.T.O. CENTRO TRAUMATOLOGICO ORTOPEDICO
 - 27 Cubo COMPLESSO POLIVALENTE POLO BIOMEDICO
 - 29 Hospice - S.P.D.C.
 - 8a Medicina Nucleare
 - 15 Piastra dei Servizi
 - 28 Ponte Nuovo - Ambulatori
 - 11 Radioterapia
 - 17 San Damiano
 - 18c San Luca nuovo - Medicina Generale
 - 16 San Luca vecchio - Medicina Generale
 - 24 Unità Spinale
 - 26 Villa Monna Tessa

- Area Tecnica Amministrativa / Servizi**
- 69 Amministrazione - Personale
 - 28 Dipartimento Tecnico
 - 5 Biblioteca Biomedica - C.S.I.A.F. CENTRO SERVIZI INFORMATICI ATENEI FIORENTINO
 - 70 Direzione Aziendale - Direzione di Presidio
 - 67a Direzione U.R.P. e Comunicazione Istituzionale
 - 58 Lavanderia - Centrale di Sterilizzazione
 - 02a Magazzino Generale
 - 6 Presidenza Facoltà di Medicina e Chirurgia POLO BIOMEDICO E TECNOLOGICO
 - 64 Servizi Amministrativi - ESTAV Centro
 - 02b Tecnologie Sanitarie
 - 67a Ufficio Qualità - C.R.R. Criticità Relazionali
 - 64 Villa Pepi

La riorganizzazione per intensità di cura rappresenta l'ultimo tassello, in ordine cronologico, di un percorso di profondo cambiamento che, negli ultimi anni, ha coinvolto l'Azienda Ospedaliera e Universitaria di Careggi in tutti i suoi aspetti – strutturale, amministrativo, organizzativo-gestionale, e tecnico-operativo.

Questo percorso è scomponibile in 3 processi, attivati in tempi diversi ed ancora in corso, che, dalla prospettiva odierna, possono essere anche letti come fasi dello stesso *continuum*:

1. **il programma di ristrutturazione edilizia “Nuovo Careggi”** che ha preso vita alla fine degli anni '90;
2. la creazione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria, che accoglie sotto la stessa direzione generale la facoltà di medicina e il comparto ospedaliero, e la conseguente **dipartimentalizzazione**;
3. **La riorganizzazione per intensità di cura.**

Il “Nuovo Careggi”⁸

L'ospedale di Careggi ha affrontato le sue prime revisioni a partire dalla fine degli anni '90, prima con il “Piano per Careggi 2000” ed in seguito con il programma “Nuovo Careggi”.

“Nuovo Careggi” è un programma di radicale ristrutturazione che coinvolge l'azienda sia dal punto di vista architettonico sia dal punto di vista organizzativo prevedendo l'introduzione di un modello assistenziale nel quale, secondo quanto dichiarato dall'Azienda sul proprio sito internet, “la persona e il suo ambiente sono e saranno sempre più al centro della missione terapeutica intesa non solo come diagnosi e cura, ma anche come prevenzione e qualità della vita”.

I lavori per la ristrutturazione e la ricostruzione dei locali sono stati avviati, e stanno tuttora procedendo, senza la sospensione delle attività: il nuovo ospedale, che prevede la demolizione e la ricostruzione del 60% delle volumetrie esistenti, sta infatti sorgendo sui suoi vecchi edifici e la cantierizzazione si sovrappone all'ordinario proseguire delle attività di cura e assistenza.

⁸ Le informazioni riportate nel seguente paragrafo sono tratte da: “Careggi. Verso una nuova sanità.”, un articolo/intervista a Mauro Marabini, Direttore Sanitario, e Filippo Terzaghi, Diretto dell'Area Tecnica dell'AOU Careggi, a cura di Cristina Donati e pubblicato sulla rivista Tecnica Ospedaliera del febbraio 2009; il sito internet www.aou-careggi.toscana.it

Il piano di riorganizzazione per il "Nuovo Careggi" trova il suo fondamento nell'idea di realizzare due livelli concentrici per l'erogazione dell'assistenza, che si concretizzano in due settori fisicamente definiti: il **settore dell'emergenza e delle acuzie** per l'attività legata all'emergenza, alle cure intensive e a tutta la fase dell'acuzie (maggiore intensità della patologia) e il **settore dell'attività programmata** che accoglie le attività programmate, anche in alta specialità, le attività riabilitative e la lungodegenza. Due settori fortemente interconnessi tra loro: i pazienti, infatti, possono transitare dall'uno all'altro e le unità funzionali operanti all'interno dei dipartimenti seguono i pazienti in entrambe le situazioni di ricovero garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

I TEMPI PREVISTI PER LA REALIZZAZIONE DEI NUOVI LOCALI

Centro direzionale	2009
Centro Traumatologico Ortopedico:	
- I stralcio (spazi per palestra e piscina)	fine 2009
- II stralcio (metà dei 7 piani di degenza e blocco operatorio)	fine 2010
blocco dell'emergenza e dell'alta specialità	fine 2010
Maternità	fine 2011

Attualmente è in costruzione il "nucleo centrale" del Nuovo Careggi che sta sorgendo con il completamento del padiglione dedicato all'emergenza e all'alta specialità (EAS), le

nuove Cliniche ostetrico-ginecologiche, l'edificio a completamento del padiglione San Luca e la nuova Direzione amministrativa.

Un altro cantiere rilevante riguarda il CTO - Centro Traumatologico Ortopedico – che verrà riorganizzato per accogliere una fascia di media intensità di cura.

Dal punto di vista impiantistico sono inoltre iniziati i lavori per la centrale di rigenerazione, un sistema per la produzione di energia pulita, calore e condizionamento che servirà sia le strutture ospedaliere che le strutture universitarie di Careggi, realizzata attraverso il *project financing* e che dovrebbe essere realizzata entro il 2010.

La dipartimentalizzazione dell'azienda

A partire dal 2004, con il primo Atto Aziendale, L'Azienda ha adottato il **Dipartimento ad Attività Integrata (D.A.I.)** come modello organizzativo delle attività assistenziali.

Ad oggi i dipartimenti, istituiti in base al criterio della completezza del percorso assistenziale, sono 13 e al loro interno operano le **Strutture Organizzative Dipartimentali (S.O.D.)** costituite da *equipe* mediche specialistiche che prendono in carico l'utente e lo seguono in un percorso assistenziale omogeneo per la gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici e riabilitativi, in stretta collaborazione e integrazione con gli altri professionisti della salute.

Nelle **Aree di Attività Dipartimentali** (sale operatorie, reparti di degenza, ambulatori ecc.) avviene la gestione degli aspetti diagnostici, terapeutici assistenziali e riabilitativi previsti dai percorsi assistenziali, in stretta collaborazione e integrazione fra tutti i professionisti della salute.

I 13 Dipartimenti ad Attività Integrata dell'AOU:

- Ortopedia
- Neuroscienze
- Laboratorio
- Del Cuore E Dei Vasi
- Specialità Medico - Chirurgiche
- Materno Infantile
- Organi Di Senso
- Dea E Medicina E Chirurgia Generale E Di Urgenza
- Biomedicina
- Diagnostica Per Immagini
- Oncologia
- Agenzia Regionale Per La Cura Del Medulloleso
- Direzione Sanitaria

La riorganizzazione per intensità di cura

Premesso che nella sua attuazione nei grandi ospedali di 3° livello (AOU), il modello per intensità assistenziale deve essere graduato tenendo conto delle specificità cliniche, organizzative e logistiche (presenza di alta specializzazione, ospedali multi-padiglione, etc); nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, il modello di ospedale per intensità di cura prevede la definizione di 3 differenti aree di attività dipartimentali all'interno di ogni dipartimento con responsabilità diretta di erogazione di cure:

- **Alta intensità:** terapia intensiva, sub-intensiva, sale operatorie / interventistiche;
- **Media Intensità:** degenza ordinaria (compreso week hospital, day surgery);
- **Bassa Intensità:** degenza DH, ambulatori.

Secondo questo modello i medici ed i dirigenti sanitari non medici operano all'interno delle Strutture Organizzative Dipartimentali (S.O.D.), che gestiscono le casistiche cliniche di loro competenza nel rispetto dei criteri d'utilizzazione ottimale delle risorse e di successo della cura.

Il personale dedicato all'assistenza (infermieri, tecnici, OSS), tecnico, e quello amministrativo sono gestiti dal DAI – Dipartimento di Attività Integrata – secondo i criteri della flessibilità, della efficacia e dell'efficienza sulla base della propria organizzazione interna ed in funzione delle esigenze assistenziali, scientifiche e formative.

Le Aree di Attività risultano dunque essere la declinazione operativa del modello per intensità di cura. Esse rappresentano aggregati organizzati di risorse, definiti dai Dipartimenti in funzione delle esigenze interne di integrazione clinica e di organizzazione ottimale del lavoro. Tali aree, essendo funzionali alla quotidiana operatività dei DAI, sono soggette a modifiche (nascita, modifica o cessazione di una attività) in funzione delle fisiologiche evoluzioni logistico-organizzative dei dipartimenti coinvolti.

Le Aree di Attività dipartimentali possono avere un doppio livello di coordinamento:

Clinico: in carico al coordinatore clinico – gestionale, qualora si renda necessario in considerazione dell'intensità assistenziale e della complessità clinico – organizzativa dei pazienti trattati;

Gestionale: in carico al coordinatore infermieristico / tecnico, sempre presente in tutte le Aree di Attività.

Il “modello di produzione” di dipartimento poggia dunque sull'attribuzione della casistica alle SOD⁹, che utilizzano le risorse attribuite alle aree di attività dove viene ospitato il paziente, monitorando il caso sino alla dimissione e garantendo il governo clinico nell'ambito del percorso assistenziale.

⁹ La SOD, attraverso il suo Direttore, negozia con il DAI (quindi con l'Azienda) la casistica di patologia da trattare. Sulla base della casistica selezionata, vengono quindi definite le risorse umane (infermieri, tecnici, OSS), tecnologiche e materiali necessarie. Le risorse suddette sono in carico alle diverse aree di attività dipartimentali e sono gestite, per conto della Direzione del DAI, dal coordinatore infermieristico / coordinatore tecnico-sanitario. Il coordinatore clinico - gestionale, oltre che organizzare i processi clinici, verifica la coerenza dell'organizzazione delle risorse rispetto al conseguimento del miglior risultato nelle attività cliniche.

Con l'introduzione dell'organizzazione per intensità di cura quindi nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi i reparti specialistici di ieri e di oggi si trasformeranno in reparti che si occupano di emergenza, e la loro organizzazione interna sarà strutturata sulla dimensione dell'intensità e della durata della degenza. Questa trasformazione avverrà in maniera graduale e non coinvolgerà tutti i dipartimenti con le stesse modalità.

"[...] Ad esempio, il reparto per trapianti di cellule staminali per leucemici è una macchina che ha delle caratteristiche strutturali specifiche per cui fa solo quello e quindi necessariamente il reparto trapianti è collocato in ematologia. D'altra parte non è necessario che tutte le attività siano organizzate per intensive, sub-intensive, ordinarie e di riabilitazione o low care, ma possono essere organizzate per emergenza ed elezione oppure per durata di degenza. Quindi tutti questi modelli, tutti questi sistemi convivono, devono per forza convivere nel grande ospedale moderno." (int. 3)

I dipartimenti coinvolti

Secondo quanto emerso attraverso le interviste risulta possibile affermare che, ad oggi, i dipartimenti maggiormente coinvolti dalla riorganizzazione per intensità di cura sono i dipartimenti che si sono trasferiti nei padiglioni di recente realizzazione: il **Dea e Medicina e Chirurgia Generale e Di Urgenza** e il **Dipartimento Del Cuore e Dei Vasi**.

Anche il **dipartimento di Oncologia** tuttavia risulta aver fatto passi in avanti nel percorso di riorganizzazione che progressivamente sta coinvolgendo l'ospedale di Careggi: all'interno di questo dipartimento si è infatti strutturata una rete interna che tiene uniti il settore della chirurgia, quello della chemioterapia e della radioterapia e il settore del sostegno psicologico al paziente. I reparti delle singole unità operative –SOD – prima divise sono adesso confluite in *open space* dove vengono collocati pazienti omogenei per il livello di intensità di cura che richiedono.

"Dal punto di vista dell'intensità di cura ci sono sicuramente delle situazioni diverse. Sicuramente, sono più avanti il DEA e la medicina di urgenza che sono un dipartimento unico, il cardiologico e dei vasi e oncologia che per altro è un bell'esempio di integrazione di aspetti diversi, perché è un unico dipartimento in cui abbiamo la radioterapia, la chemioterapia, quindi non solo la parte chirurgica ma anche quello che viene dopo, anche la psicologia. Ci sono 3-4 dipartimenti che sono sicuramente più avanti." (int. 1)

"Questo [processo di riorganizzazione n.d.r] al momento è avvenuto nelle aree di medicina e di chirurgia, per quanto riguarda questo dipartimento, (nella chirurgia si è diviso tra la chirurgia d'urgenza e quella ordinaria e nella medicina si è diviso tra i più e i meno critici), mentre per quanto riguarda in generale l'Azienda la riorganizzazione ha interessato l'area cardiologica con l'organizzazione di un'intera struttura - cioè di un padiglione - per intensità di cure, stratificata per piani." (int. 10)

Il dipartimento Dea e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza

Ciò che è avvenuto all'interno del Dipartimento Dea e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza mostra con particolare efficacia la gradualità e le diverse fasi che hanno contraddistinto il processo di riorganizzazione e come quest'ultimo si è innescato su

DEA E MEDICINA E CHIRURGIA GENERALE E DI URGENZA

Strutture organizzative dipartimentali (s.o.d.)

- Agenzia continuità assistenziale extraospedaliera
- Agenzia diabetologia
- Agenzia geriatria
- Agenzia medicina dello sport e dell'esercizio
- agenzia nutrizione
- Agenzia obesitologia
- Agenzia per l'emofilia
- Agenzia riabilitazione
- Anestesia e rianimazione
- anestesia
- Chirurgia bariatrica
- Chirurgia generale e di urgenza 1 e miniminvasiva
- Chirurgia generale e di urgenza 2
- Chirurgia generale e di urgenza 3
- Chirurgia generale e di urgenza 4
- Endocrinochirurgia e chirurgia miniminvasiva
- Endoscopia chirurgica
- Inquadramento clinico integrato e percorsi intraospedalieri delle urgenze - osservazione breve intensiva
- Medicina interna ad orientamento all'alta complessità assistenziale 1
- Medicina interna ad orientamento all'alta complessità assistenziale 2
- Medicina interna ad orientamento all'alta complessità assistenziale 3
- Medicina interna e di urgenza
- Open space day surgery
- Pronto soccorso - osservazione breve
- Tossicologia medica

processi di cambiamento già in atto – il processo di ristrutturazione edilizia e di dipartimentalizzazione. Il primo Atto Aziendale aveva stabilito l'aggregazione del reparto di medicina e del reparto di chirurgia in un unico grande dipartimento che di fatto andava ad assorbire gran parte dell'assistenza di I livello¹⁰ dell'azienda. Al tempo stesso era stato creato il dipartimento dell'Emergenza, Accettazione e Accoglienza che comprendeva il pronto soccorso con le prime cure, l'assistenza del malato critico attraverso la rianimazione e “la

fine del percorso”, cioè quell'insieme di agenzie che dovevano presidiare la

¹⁰ L'assistenza di I livello comprende le prestazioni assistenziali con cui l'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi risponde alla domanda di cura territoriali, cioè proveniente dalla città di Firenze.

riabilitazione del paziente dopo il ricovero. Un dipartimento che quindi si configurava come la porta d'ingresso e di uscita dell'ospedale.

Nel 2008, con il secondo atto aziendale sono stati introdotti alcuni aggiustamenti rispetto a quanto fatto precedentemente: ritenendo che non ci fossero particolari motivi per mantenere il dipartimento di medicina e chirurgia a sé stante, la direzione aziendale ha proceduto infatti alla sua eliminazione facendo afferire alcune strutture al dipartimento di oncologia e inserendo le altre in un nuovo unico dipartimento che ha visto la fusione della medicina e della chirurgia d'urgenza con il dipartimento dell'emergenza.

Il neonato dipartimento Dea E Medicina E Chirurgia Generale E Di Urgenza, oltre alla porta di ingresso e di uscita dell'ospedale comprende ora anche buona parte del percorso che i pazienti generalmente affrontano.

Secondo quanto emerso dalle interviste, il processo di riorganizzazione per intensità è stato applicato qui applicato a partire dalla degenza ordinaria: il progetto è infatti nato nel 2005 all'interno in quell'area della degenza ordinaria che, a partire dal 2004, era andata a collocarsi in un piano del "nuovo San Luca" con una disponibilità di 80 letti di medicina. Questo è stato possibile perché nel padiglione nuovo San Luca i posti letti sono stati organizzati in camere a due letti e l'intero piano di degenza non è più diviso nel modo tradizionale.

Come approfondiremo inseguito la riorganizzazione per intensità di cura si è infatti innescata nei primi nuovi padiglioni realizzati, cioè grazie ai primi del processo di ristrutturazione edilizia.

La riorganizzazione della degenza è avvenuta per gradi e nel tempo sono stati introdotti alcuni aggiustamenti: inizialmente erano infatti stati previsti 2 livelli di intensità - la medio-bassa e la medio-alta; in seguito poi, monitorando il processo di riorganizzazione e i cambiamenti della casistica assistita, il livello più basso è stato depotenziato a favore dell'attivazione di un settore di sub-intensiva. Attualmente è così rimasto solo un settore di bassa intensità, mentre sono presenti 4 settori di livello medio-alto, 8 letti di subintensiva e 7 letti di postintensiva.

“Coerentemente con la riorganizzazione dell'intera rete ospedaliera secondo cui l'ospedale è sempre più una struttura per acuti, anche nel reparto di medicina dove tradizionalmente si immaginano gli anziani con degenze di 15/20 giorni c'è stato un cambiamento della casistica.” (int. 10)

“Nell'organizzazione di partenza c'erano tre settori di assistenza di medio-alta intensità, con un infermiere e un OSS ogni 8 letti. Questo era uno schema rigido, per cui se un giorno, come la domenica, mancavano 3 infermieri necessari per qualunque motivo era un problema. Quindi abbiamo cambiato l'organizzazione per cui adesso i settori sono 2, con un infermiere ogni 12 letti, e il terzo è un infermiere di collegamento, cosiddetto “di corridoio”, che svolge una serie di compiti di supporto agli altri due, che sono più a contatto diretto con il paziente. [...]La riorganizzazione è andata molto modificandosi nel tempo anche sulla base delle criticità emerse.” (int.9)

Anche la **chirurgia** è stata riorganizzata sui tre livelli d'intensità di cura : la day surgery e la week surgery, la chirurgia d'elezione e la chirurgia d'urgenza. Nell'*open space* della chirurgia d'urgenza vengono attualmente ricoverati i pazienti urgenti provenienti dalle chirurgie di tutti i dipartimenti di Careggi.

Ad oggi dunque il dipartimento **Dea e Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza** è un grande dipartimento comprendente tutta l'area dell'emergenza – con il pronto soccorso e la rianimazione - un'area medica e una di chirurgia generale di urgenza. La *mission* di questo dipartimento include la gestione della presa in carico del paziente dall'accesso in ospedale fino alla sua dimissione, la gestione dei processi diagnostico-terapeutici e il trattamento di eccellenza in regime di urgenza-emergenza dei pazienti che presentano quadri clinici acuti con grave compromissione delle funzioni vitali.

Approfondimento

Il dipartimento del Cuore e dei Vasi

DIPARTIMENTO DEL CUORE E DEI VASI

Strutture organizzative dipartimentali (s.o.d.)

- Aritmologia
- cardioanestesia
- cardiocirurgia
- cardiologia generale 1
- cardiologia generale 2
- cardiologia e medicina geriatrica
- cardiologia invasiva 1
- cardiologia invasiva 2
- chirurgia vascolare
- diagnostica interventistica
- Laboratorio chirurgia sperimentale
- malattie aterotrombotiche
- medicina e riattivazione cardiologica
- neuroradiologia interventistica
- riabilitazione cardiologica
- stroke unit e neurologia
- valutazione cardiologica

Anche per il dipartimento del Cuore e dei Vasi la riorganizzazione per intensità di cura ha coinciso con il trasferimento, avvenuto nel 2007, nei nuovi locali consegnati, collocati in un'area del cosiddetto "nuovo blocco C"¹¹. L'operazione ha determinato l'accorpamento di due unità¹²: quella cardiocirurgica, gestita dai rianimatori, e quella cardiologica, gestita dai cardiologi.

"Nell'estate del 2007, con la liberazione di alcuni spazi, è stato possibile fare un primo grosso movimento. Perché il vincolo insormontabile che avevamo, erano ovviamente i locali. Non esisteva all'interno di Careggi, nessun ambiente capace di ospitare più di una struttura. Allora finiva il senso di economizzare le risorse se continuavo ad avere 8 letti sull'intensiva da una

¹¹ Per i dettagli riguardanti i cambiamenti delle strutture fisiche si rimanda al paragrafo dedicato a pagina 32.

¹² In quello stesso periodo la rianimazione centrale era infatti stata spostata in una porzione del primo padiglione nuovo che era stato consegnato dove erano stati resi disponibili anche i nuovi spazi per l'accorpamento delle strutture del dipartimento del Cuore e dei Vasi.

parte che mi richiedevano un numero consistente di risorse per funzionare autonomamente e 12 letti da un'altra parte che mi richiedevano un ulteriore numero di risorse in termini di infermieri e in termini di supporto. Invece mi sarebbe costato meno avere 20 letti raggruppati, è la logica dell'economia di scala.” (int. 12)

Anche in questo caso la riorganizzazione per intensità di cura è avvenuta per gradi e, da quanto riportato dagli operatori interni al dipartimento che sono stati intervistati, si sono resi necessari alcuni aggiustamenti *in itinere*.

Tra l'estate del 2007 e l'estate del 2008 - data prevista per la consegna di un altro lotto al dipartimento del cuore e dei vasi - all'interno del dipartimento era stato infatti elaborato un progetto di riorganizzazione molto strutturato dove i 3 livelli di intensità di cura sarebbero andati a coincidere con i 3 differenti piani che costituivano il nuovo lotto.

Secondo il progetto, così come riferito dagli intervistati, al **terzo piano** si sarebbe collocata la **medio bassa intensità di cura** che avrebbe accolto i pazienti cardiologici in attesa di intervento chirurgico, i pazienti in attesa di procedure diagnostiche importanti e i pazienti di rientro dagli interventi chirurgici.

Al secondo piano sarebbe stata strutturata la **sub-intensiva**, con 24 posti letto per la media intensità cardio – cerebro – vascolare che avrebbe accolto i pazienti in uscita dal livello intensivo (cioè provenienti dal I piano), i pazienti provenienti dalla chirurgia vascolare – afferente allo stesso dipartimento ma ancora decentrata presso il padiglione delle cliniche chirurgiche - e i pazienti che aveva subito un ictus emorragico o ischemico (quando, una volta riusciti ad arrivare entro le sei ore in ospedale potevano essere trattati con la trombolisi loco regionale). Dunque si sarebbe verificato l'accorpamento dei posti letto della sub intensiva cardiologica - emanazione di minore intensità dei letti di unità coronarica – con quelli della sub intensiva cardiocirurgica, e di una quota di quelli per la *stroke unit*.

“Ora quando io parlo di “sommatoria”, e qui vedremo che ci sono stati dei problemi, stiamo attenti che la filosofia dei letti non era quella del 8 + 8 + 8, ma la dotazione doveva essere complessivamente di 24 posti letto, i medici dovevano essere di tutte le specificità (cioè c'erano medici cardiologici che seguivano i cardiocirurgici, e poi i neurologici che seguivano coloro colpiti da ictus), e i letti potevano essere usati a seconda del bisogno.” (int. 12)

Sempre in base al progetto, **al primo piano** sarebbe stata collocata l'**area intensiva** con una dotazione di 12 posti letto attrezzati a terapia intensiva che dovevano accogliere le vecchie terapie intensive di cardiocirurgia e la terapia intensiva cardiologica, mentre altri 6 posti letto sarebbero stati messi a punto in un secondo momento.

Da quanto emerso dalle interviste, rispetto a quanto previsto dal progetto iniziale al momento non tutto risulterebbe realizzato, anche se si può affermare che la nuova organizzazione per intensità di cura è entrata a regime¹³:

A maggio 2008 è avvenuto il trasferimento del terzo piano – cioè della medio-bassa intensità di cura - e attualmente la nuova organizzazione risulta essere abbastanza consolidata, con una buona integrazione del personale infermieristico, anche se la dotazione organica non risponderebbe ancora completamente alle esigenze.

Nel giugno del 2008 è avvenuto il trasferimento del secondo piano, cioè dell'aria sub-intensiva, ma non è stato possibile realizzare il trasferimento della *Stroke Unit* e una quota dei posti letto di questo piano è stata assegnata alla toracica, appartenente ad un altro dipartimento.

A settembre 2008 sono infine state trasferite e accorpate le terapie intensive che sono andate a occupare il primo piano del nuovo lotto. In questo ambito è stata fatta una riduzione dei posti letto: per esempio le unità coronarica e di terapia intensiva cardio-chirurgica, che prima avevano ciascuna 8 posti letto, sono state accorpate in una struttura unica con 12 letti a disposizione. Questo ha reso necessario una serie di adattamenti: i 12 posti letto non sono stati divisi in due parti esattamente uguali ma alla cardio-chirurgia è stato assegnato qualche spazio in più rispetto all'unità coronarica; al tempo stesso l'unità coronarica si è estesa su uno spazio dall'intensità di cura non ben definibile, in cui vige un rapporto infermieri-pazienti di 1 a 6, che ha permesso un'ottimizzazione degli spazi con rapporto infermieri- pazienti 1 a 2 di alta intensità.

“Attualmente ci sono 12 letti di alta intensità, con un rapporto infermieristico di 1 a 2; 16 letti di sub intensiva - metà medica e metà cardio-chirurgica - con un rapporto di 1 a 4; e infine c'è uno spazio lasciato prevalentemente alla cardiologia con un rapporto di 1 a 6, che da una parte risulta essere un peso perchè ci possono stare solo un certo tipo di malati, ma dall'altra è una risorsa in quanto mette a disposizione un ulteriore spazio intermedio tra l'alta e la media intensità e questa, che possiamo definire di medio-bassa intensità e che ha il vantaggio fisico di essere posta in locali contigui all'alta intensità.” (int. 11)

Secondo quanto riferito da entrambi gli intervistati, inizialmente l'impatto della nuova organizzazione è stato molto pesante da sostenere per gli operatori, avendo comportato un incremento del carico di lavoro e uno stravolgimento delle modalità operative. Ad esempio mentre prima la terapia intensiva medico- chirurgica accoglieva anche pazienti che non avevano realmente necessità di cure ad alta intensità, con la nuova organizzazione invece si è sviluppata una forte pressione su medici e infermieri che, in un rapporto di 1 a 6, si trovano a dover gestire solo malati ad alta criticità.

¹³ Le informazioni di seguito riportate sono state elaborate confrontando le due interviste effettuate all'interno del dipartimento in esame a due figure professionali differenti: al Responsabile Infermieristico del dipartimento e al Direttore della SOD Cardioanestesia.

Queste difficoltà sembrano essersi in parte attutate: ad oggi risulterebbe infatti esserci una buona coesione tra gli operatori¹⁴ a livello di alta intensità, coesione che diventa minore a livello di media intensità dove le due sub intensive sono rimaste fisicamente separate (mentre la coabitazione fisica risulta essere fondamentale per innescare un processo effettivo di integrazione). La bassa intensità sembra essere infine l'anello più debole della catena: i pazienti si disperdono, soprattutto a livello cardiologico piuttosto che cardio- chirurgico.

“Dobbiamo creare un livello di integrazione per la sub - intensiva pari a quello che si è creato per la terapia intensiva, e conseguentemente per l'uscita dalle varie sub – intensive; gli spazi a disposizione sono veramente pochi, nel senso che i pazienti hanno difficoltà all'uscita da questo sistema ad essere convogliati in due unici reparti. I malati cardio chirurgici vanno nei reparti di cardiocirurgia, mentre c'è una grossa dispersione dei malati cardiologici, manca fisicamente una bassa intensità cardiologica che li segua”. (int. 11)

¹⁴ Come avremo modo di approfondire in seguito una delle criticità emerse riguarda l'omologazione dei processi tecnico professionali di equipe professionali provenienti da settori differenti che, in seguito alle operazioni di accorpamento, si sono trovati a lavorare insieme e condividere spazi e strumenti comuni.

LA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C: IL CONTESTO E GLI AMBITI DI INTERVENTO

In questo capitolo si procederà ad illustrare quanto emerso dalle interviste circa il contesto in cui il processo di riorganizzazione si è inserito ponendo particolare attenzione a:

- le **esigenze** e i **problemi** a cui la riorganizzazione intendeva rispondere;
- gli **obiettivi**;
- i **tempi e le modalità del lancio** del progetto e della **costruzione del consenso** che lo ha accompagnato;
- la **normativa di riferimento**.

Si procederà successivamente ad una dettagliata analisi degli **ambiti di intervento maggiormente interessati** dalla riorganizzazione e delle azioni messe in atto per la sua introduzione, riportando i differenti punti di vista emersi dalle interviste e i diversi contesti che coesistono all'interno dell'azienda.

LA SITUAZIONE DI PARTENZA

Esigenze e problemi

La riorganizzazione per intensità di cura, oltre che essere stata introdotta in ottemperanza alla nuova normativa regionale in materia sanitaria (vedi paragrafo “la normativa di riferimento”), scaturisce come naturale processo di adeguamento ad alcuni grandi cambiamenti che, come abbiamo già avuto modo di dire in precedenza, hanno interessato l'ospedale di Careggi: il **piano di ammodernamento delle strutture**, la **fusione del sistema ospedaliero e del sistema universitario** e la **dipartimentalizzazione** che dal 2004 ha modificato l'organizzazione e la gestione dell'azienda.

“La riorganizzazione di questa azienda muove principalmente dalla fusione delle due istituzioni: il sistema sanitario regionale e il sistema universitario. Andando a costituire un'azienda unica, quindi mista, che comprendesse le due anime, si è verificata la necessità di fondere strutture organizzative speculari, talvolta simmetriche.[...]Questo percorso ha fatto sì che si dovessero ristrutturare, magari ridurre, le posizioni di direzione o comunque di governo e in questo modo aggregare. L'aggregazione talvolta ha portato la struttura ad avere quantitativamente delle dimensioni non governabili e conseguentemente si è trovato potenzialmente utile organizzare queste macro strutture con una diversa tipologia di offerta sanitaria, ovvero nel caso nostro di ricovero.[...]Disporre di un numero così grande di posti letto – quindi l'averne una capacità così grande di offerta di ricoveri - ha fatto

immaginare che si potessero perseguire obiettivi distintivi stratificando le persone assistite, cioè organizzando diversamente gruppi di posti letto.” (int. 10)

“L'azienda l'abbiamo organizzata per dipartimenti e i singoli dipartimenti sono stati pensati non tanto sulla singola disciplina ma sul percorso assistenziale del paziente [...]. Il paziente che viene da noi e viene accolto ad esempi dal dipartimento cardiologico e dei vasi per un problema grave e viene ricoverato nella parte di terapia intensiva e sub-intensiva ma poi sempre all'interno dello stesso dipartimento troverà anche i livelli assistenziali e di cura inferiori.” (int. 1)

Le esigenze a cui la riorganizzazione intende rispondere sembrano attenersi a tre differenti dimensioni tra loro interconnesse.

In primis si ritiene che aggregare i pazienti per livelli di gravità simile e creare dei percorsi assistenziali basati sui criteri della complessità e della continuità permetta di offrire una risposta maggiormente appropriata ai **bisogni di salute** degli utenti. Tale risposta è resa possibile attraverso il passaggio da un'organizzazione per reparti monospecialistici ad un'**organizzazione per processi** con l'individuazione di percorsi diagnostici e la strutturazione di *equipe* multi specialistiche e multi professionali (come la *stroke team* o la *breast unit*).

“Si prende atto che oggi la medicina per acuti utilizza soprattutto i percorsi di emergenza dell'alta complessità, dell'oncologia e anche del malato cronico, per quanto ci siano altre professionalità in ballo, non può prescindere dal coinvolgimento di tante specializzazioni e specialistiche e di tante professioni. Non è più come una volta che un medico risolveva il problema sanitario. Oggi [...] per tutte le grandi patologie occorre un lavoro di equipe che supera le vecchie divisioni della legge Mariotti.” (int. 3)

A questo si sommano alcune **motivazioni organizzativo-gestionali** che si sono sviluppate negli ultimi anni, anche conseguentemente ai cambiamenti che hanno interessato l'azienda: la necessità di gestire grandi strutture, ottimizzando le risorse e risolvendo situazioni di *overlapping*.

A questo proposito un intervistato (int. 9) introduce il concetto di **“risorse medie”**: la possibilità di aggregare pazienti con livelli di gravità simili consente una migliore allocazione delle risorse in quanto la loro concentrazione in una stessa area fisica permette di calcolare la tipologia di assistenza necessaria, in termini sia di personale che di dotazioni. Al contrario, un mix di casistica (grave, medio, poco grave) rende difficile stabilire le risorse medie e prolunga quello che il dottore definisce **“effetto tetto-pavimento”**, vale a dire una distribuzione indifferenziata di risorse.

“In questo modo c’è chi usufruisce delle risorse di più rispetto a quelli che sono gli effettivi bisogni stressando il sistema e togliendo risorse ad altri pazienti. Secondo me l’esigenza è quindi quella di razionalizzare il percorso dei pazienti”. (int.9)

Non di secondaria importanza appaiono inoltre la riduzione dei posti letto (da 1200 a circa 900) imposta all’azienda dalle normative nazionali, e **l’esigenza si creare** una rete di connessioni tra i differenti padiglioni, e quindi tra i differenti dipartimenti, che si trovano a condividere percorsi diagnostici comuni.

Alcuni tra i professionisti intervistati, infine, parlano di un vero e proprio **cambiamento culturale** che si esprime attraverso la centralità del paziente come persona nel suo insieme rispetto al percorso assistenziale. Questo cambiamento determina la necessità di rivedere completamente il rapporto tra medico e paziente e di introdurre quindi nuovi modelli operativi, come l’organizzazione per intensità di cura.

“La riorganizzazione risponde anche ad un'altra esigenza, un'esigenza direi culturale, che è la necessità di superare il rapporto paternalistico; i rapporti tra medico e paziente sono cambiati rispetto ad un tempo. È necessario intendere l'ospedale come un organismo unico, una visione organicistica, come un'organizzazione unica superando ancora una volta la cultura delle divisioni.” (int. 3)

Non mancano però, tra gli intervistati, i dubbi circa l’effettiva utilità della riorganizzazione. Alcuni fanno infatti notare come le esigenze che hanno portato alla necessità di ripensare la struttura ospedaliera per intensità di cura possano essere venute meno, almeno in parte, a causa di alcuni cambiamenti sostanziali che hanno riguardato le esigenze di cura della popolazione(ad esempio l’allungamento della vita media, la prevalenza di malattie croniche etc.)

“La struttura della popolazione è in evoluzione. Attualmente abbiamo una prevalenza di malattie croniche e un allungamento della vita. Inoltre, siamo in presenza di un'altra porzione di popolazione prevalentemente non di etnia italiana, come extracomunitari o proveniente dall'est, con una diversissima media di età con diversissime patologie, quindi ci si trova di fronte ad una popolazione che è cambiata rispetto a quando è stato pensato l'ospedale per acuti. Molto probabilmente questo imporrà ulteriori modificazioni della struttura ospedaliera, assai prima che si riesca a riorganizzare l'ospedale secondo il concetto di intensità di cure; oppure una parte dell'ospedale sarà organizzata per intensità di cure, e un'altra sarà organizzata per il trattamento della cronicizzazione o con un diverso collegamento con il territorio.” (int. 15)

“Sicuramente sul piano economico [la riorganizzazione] funziona ma rimane qualche dubbio sul piano sanitario. Specialmente per quanto riguarda la popolazione anziana che io dovrei seguire. Un anziano con un po' di patologie che finisce dentro una struttura organizzata per intensità di cura e non specialistica ho i miei dubbi che abbia degli outcome migliori rispetto al modello precedente ma del resto non ha alternative.”

“Si risparmia forse al livello di ospedale, forse, ma non a livello di sistema. Il cronic care model è un modello che non risponde alle reali esigenze. E' un modello che funziona bene con le persone giovani, per monitorare ed evitare che si ammalino, ma quando uno è già malato, è un anziano che ha tutte le patologie, è diverso e non sai devo metterlo: c'è una ridondanza del sistema. Il modello si è dimenticato di rispondere a questo, non per stupidità ma per aspetti politici.” (int.16)

Come avremo modo di approfondire nella sezione dedicata alla valutazione (vedi par.5 “La riorganizzazione per i.d.c.: valutazione e prospettive”), le problematiche individuate sarebbero legate soprattutto alle carenze strutturali della fascia di *low care*, cioè alla debolezza dell’anello di congiunzione tra ospedale e territorio che non permetterebbe di sviluppare una reale continuità assistenziale.

“Il problema del sistema Toscano è che non c'è scambio di dati. Quindi manca ogni organizzazione del trasferimento e gestione dell'informazione, io parlo della geriatria. I pazienti anziani hanno spesso problemi e situazioni socio-santarie difficili. Circa il 40% dei pazienti che tornano a casa, la medicina generale non li vede: a chi si trasferiscono le informazioni? Il medico di distretto è un burocrate, con buone competenze organizzative non sanitarie. Manca, per la fascia grande della popolazione degli anziani, l'organizzazione del trasferimento e della gestione dell'informazione”. (int. 16)

Obiettivi

La riorganizzazione per intensità di cura ha quindi l’obiettivo di ripensare completamente il servizio erogato dall’ospedale: nelle parole degli intervistati l’ospedale del futuro si presenta infatti come una struttura per acuti, al cui interno i servizi sono strutturati su diversi gradi di complessità, ruotano intorno al paziente e sono finalizzati a ridurre il tempo di degenza. Le prestazioni assistenziali di bassa intensità sono demandate alle strutture territoriali attraverso la predisposizione di percorsi di continuità assistenziale.

Dalle interviste condotte emergono alcune parole chiave comuni in relazione agli obiettivi:

- **Efficienza** ed **efficacia** dell’offerta di ricovero;
- **Appropriatezza** clinica e organizzativa;
- **Ottimizzazione** dei tempi e delle risorse;
- **Razionalizzazione** economica.

“L’obiettivo prioritario è l'appropriatezza clinica, perché se organizzo la struttura in base alla stratificazione degli assistiti miglio il focus on su queste persone, l'attenzione alla loro patologia e al loro problema. Quindi migliora l'efficacia. Dal punto di vista dell'efficienza invece la riorganizzazione per intensità di cure consente di dosare meglio le risorse sui bisogni degli assistiti, quindi dovremmo avere, generalmente, non meno personale ma personale meglio utilizzato. Quindi appropriatezza è la parola chiave.” (int.10)

Alla domanda sugli obiettivi del processo di riorganizzazione gli intervistati si sono divisi tra “favorevoli” e “non favorevoli” secondo il *frame* interpretativo “risorse/cura” che abbiamo presentato nell’introduzione del rapporto. Per alcuni infatti i criteri di ottimizzazione e razionalizzazione dei temi e delle risorse non comportano una migliore risposta rispetto alla necessità di cura dei pazienti. Tali criteri vengono al contrario interpretati come indirizzi aziendali calati dall’alto senza la condivisione con il personale ospedaliero e messi in atto per ridurre le spese e il personale.

“Io credo sia stata una scelta politica, messa in atto per ottimizzare le risorse, per ridurre il personale infermieristico per esempio. [...] senza un forte governo clinico, di compartecipazione e condivisione con i professionisti si rischia un fallimento, si rischia di tornare ad una situazione in cui gli utenti sono concentrati in un’unica struttura.” (int. 14)

“In questo contesto organizzativo e culturale degli ospedali toscani, nel quale non siamo ancora passati attraverso i dipartimenti, quindi non c’è stato nessun meccanismo di collaborazione tra diverse professionalità, la riorganizzazione per intensità di cure nasce sostanzialmente per ragioni di risparmio economico.” (int. 16)

Opposta risulta la posizione di altri professionisti intervistati, secondo i quali invece la razionalizzazione delle risorse, e quindi l’abbattimento degli sprechi, risponde alla legislazione regionale in relazione al più ampio principio di salvaguardia della cosa pubblica. In questa ottica la riorganizzazione per intensità di cura permetterebbe una risposta assistenziale più pertinente, ricalibrando la qualità del servizio attraverso una diversificazione della “pesatura assistenziale”.

“L’obiettivo principale è legato alla riorganizzazione ospedaliera ed è più ampio. Nel senso che oggi facciamo i conti con un costo della sanità che, in quanto enti pubblici, deve essere considerato. E’ giustissimo che si vada a una riorganizzazione per ottimizzare i tempi di ricovero e per cercare di consentire agli utenti e al sistema in senso generale di non avere dei tempi morti.” (int. 6)

“Secondo me, è chiaro che il servizio sanitario nazionale rappresenta un costo enorme per tutti noi cittadini, lo sappiamo bene quando si vanno a vedere i bilanci delle regioni e degli assessorati alla sanità. E quindi è chiaro che un sistema come quello italiano che prevede una copertura assistenziale per tutti richiede il massimo della ottimizzazione delle risorse per evitare, dati i costi alti, che i soldi si sprechino e che si creino situazioni economiche insostenibili per un paese moderno.” (int. 7)

“[...] nasce proprio dalla consapevolezza della finitezza, le risorse non sono infinite. Questo secondo me è il concetto più complesso da far passare, perché naturalmente quando si fa un progetto di questo tipo è chiaro che bisogna farlo capire e non è semplice. La Regione prevede che certi interventi debbano esser fatti in un certo regime assistenziale, altrimenti non sono remunerativi per l’azienda.” (int. 8)

Secondo lo stesso Direttore Generale dell'azienda, il sistema è stato riadattato anche per riuscire a controllare meglio le spese pur mantenendo livelli di qualità atti e adeguati alle aspettative.

Questo processo di razionalizzazione delle risorse, avviato per adempiere alla normativa regionale, precede la riorganizzazione per intensità di cura (ed è stato avviato già attraverso l'operazione di dipartimentalizzazione, messa in atto dall'azienda nel 2004, che aveva appunto lo scopo di accorpare le strutture più decentrate).

“Per quanto riguarda specificamente la porzione infermieristica, noi ci eravamo adeguati già a partire dal 2005 per rispondere ad un'altra norma, alla dipartimentalizzazione dell'azienda ospedaliera universitaria di Careggi, che nel 2004 con l'atto aziendale ha proceduto a riorganizzarsi a dipartimenti. Per esempio il dipartimento cardiologico e dei vasi si trovava ad avere postazioni lavorative su 11, 12 padiglioni - essendo l'ospedale di Careggi, nel 2004 ancora più che adesso, organizzato per padiglioni. Nell'atto già si parlava di utilizzo razionale delle risorse e di economia in tutti i sensi, visto che la legge finanziaria nazionale era volta a restringere i cordoni, quindi una delle soluzioni, sicuramente la più ovvia che si potesse attuare per andare in contro ai problemi di risorse, era quella di accorpare al massimo tutte le strutture più decentrate” (int. 12)

Inoltre, alcuni intervistati fanno notare che non sempre la riorganizzazione per intensità di cura introduce soluzioni di risparmio economico. Infatti, se per alcuni la riorganizzazione permettere di tagliare il personale infermieristico, altri fanno presente che contemporaneamente si assiste ad un incremento del comparto degli operatori socio-sanitari; queste figure sono infatti divenute fondamentali per la gestione dell'assistenza di base conseguentemente alla redistribuzione dei compiti professionali determinata dal mutamento del profilo professionale degli infermieri.

“Se prima per 10 infermieri c'era un OS, ora forse ci vogliono altrettanti OS per gli aspetti della gestione di base. Quindi gli investimenti sono stati fatti sulle risorse umane, ci furono anche nuove assunzioni a suo tempo.” (int. 9)

Il lancio del progetto: tempi e modalità per la costruzione del consenso

Non risulta facile stabilire il momento preciso in cui, all'interno dell'Azienda, si è iniziato a parlare di riorganizzazione per intensità di cura, e non risulta omogenea la percezione del tempo che è effettivamente intercorso tra il lancio del progetto e l'inizio della riorganizzazione: secondo alcuni già il primo atto aziendale del 2003 – 2004, quello con cui è stata messa in atto la dipartimentalizzazione dell'ospedale, prevedeva, seppur non direttamente, le linee guida dell'intensità di cura, e con il secondo atto, nel 2008, sono

arrivati gli strumenti per la realizzazione effettiva della riorganizzazione; altri intervistati, in particolare coloro che hanno guardato al processo dall'interno del proprio dipartimento, parlano di tempi più brevi.

Da ciò che emerge dalla direzione sanitaria, il progetto si può suddividere in due diverse fasi di progettazione e realizzazione: una prima fase, la fase sperimentale che ha riguardato la riorganizzazione delle Medicine, si può collocare temporalmente nel biennio 2002-2004, mentre la seconda fase che ha visto la riorganizzazione dell'area cardio vascolare è durata circa un anno, tra il 2007 e il 2008.

Il fattore che sembra aver maggiormente favorito la velocizzazione del processo di riorganizzazione è la consegna dei primi nuovi edifici, in particolare del Nuovo San Luca per il Dipartimento Dea e Medicina e Chirurgia Generale e Di Urgenza e del "Blocco C" al Dipartimento del Cuore e dei Vasi.

"Questo è uno degli aspetti più interessanti della nostra realtà [...]. Sostanzialmente abbiamo messo in parallelo, ed è fondamentale questo, il cavallo dell'edilizia con quello dell'organizzazione; abbiamo realizzato la prima grossa realtà e consegnato la struttura nuova al lavoro, all'attività di tutti i giorni e nel mentre questa si completava abbiamo progettato in parallelo l'organizzazione per intensità di cura. Diciamo che sono due anni che questa esperienza funziona. La progettazione e la realizzazione direi che è durata sei mesi, ed è già un anno e mezzo che funziona." (int. 2)

"Direi che non sono passati molti mesi perché nel 2004, dovendo aprire la nuova struttura, la stessa organizzazione fisica degli spazi ha portato a dover immaginare che in quelli locali si realizzasse un modello diverso di assistenza. Quindi in realtà sono bastati pochi mesi per la strutturazione del progetto." (int. 10)

"Il progetto è nato all'interno di un'area di degenza ordinaria, che è questo piano di questo nuovo San Luca, che comprende 80 letti di medicina. Questo è nato nel 2005, però la sua progettazione è nata non molto prima, circa sei o sette mesi prima. In realtà, è stato progetto per poco tempo rispetto a quanto ci sarebbe stato bisogno, perché noi abbiamo approfittato dell'arrivo in una struttura nuova, che si prestava alla nuova organizzazione che avevamo in mente. Infatti, prima i reparti erano tutti separati, invece l'intensità di cura presuppone che tu abbia una condizione edilizia che la rende attuabile." (int. 9)

Come avremmo modo di approfondire in seguito, per altri intervistati la cantierizzazione in atto ha invece rappresentato, e rappresenta tuttora, un ostacolo rilevante alla realizzazione del processo.

"Qua a Careggi tutto è stato reso più difficile, perché noi abbiamo i cantieri aperti in continuazione: facciamo dell'equilibrismo." (int. 17)

È opinione condivisa che il lancio del progetto è avvenuto principalmente secondo una modalità *top down*: la dirigenza aziendale ha deciso per la riorganizzazione ed ha comunicato il progetto senza stimolare, almeno nella fase iniziale, un dibattito interno sulle opportunità e le criticità che questa rappresentava. Ciò sembra essere in parte avvenuto a causa della ristrettezza dei tempi: la consegna dei nuovi locali da allestire e organizzare ha messo i dirigenti di fronte alla necessità di decidere repentinamente per l'intensità di cura.

“Quello che è stata una condizione propria della realtà di Careggi è stata proprio il decidere con una certa autonomia direzionale che la strada da prendere fosse quella [...].Ora uno può opinare che questa sia una buona strategia, però noi avevamo anche delle esigenze molto particolari. Se perdevamo il treno, per esempio, di avere una padiglione pronto e non utilizzarla in questo modo, avremmo perso l'occasione per la riorganizzazione e non avremmo più potuto recuperarlo. Dato che questa è una realtà molto complessa e non ci si mette d'accordo professionalmente in un mese, bisognava partire con il piede giusto e portare poi la gente sul treno.” (int. 2)

Inoltre forte era la convinzione della dirigenza, soprattutto nel comparto sanitario, circa l'opportunità di intraprendere questa nuova strada, sebbene secondo la stessa ci si trovasse di fronte ad una sperimentazione senza modelli specifici di riferimento.

“Il lancio del progetto è stato voluto e appoggiato soprattutto dalla parte ospedaliera dell'azienda, in cui era molto sentita l'esigenza di una nuova organizzazione che riconoscesse compiti e modalità di funzione di ogni professionista.” (int. 13)

Date le grandi dimensioni che caratterizzano l'azienda e il sistema organizzativo interno che la contraddistingue, la direzione ha attivato un tipo di comunicazione “a cascata” per informare e preparare i professionisti e gli operatori afferenti ai vari comparti professionali circa le novità che sarebbero state introdotte con la riorganizzazione. Quindi, una volta approvata la decisione a livello direzionale, in accordo con la Regione, è stata attivata una concertazione che ha coinvolto i sindacati, il comparto medico e quello infermieristico.

Il confronto è stato portato avanti all'interno dei singoli dipartimenti sotto la guida del direttore di dipartimento e del responsabile infermieristico che hanno organizzato momenti di confronto prima, e di formazione poi, all'interno delle singole SOD.

“Stiamo parlando di una piccola città perché a Careggi entrano 20.000 persone al giorno. Non è possibile che tutti abbiano un confronto diretto però, all'interno della decisione, della maturazione dei progetti, che non sono solo quelli fisici e architettonici, il ruolo dei dipartimenti e dei loro responsabili è determinante.” (int. 5)

“I direttori di dipartimento sono figure importanti, non solo sulla carta, ma davvero coordinano tutto quello che succede all'interno del loro dipartimento. Per cui la direzione si è accordata con i direttori

di dipartimento, e insieme hanno elaborato prima un programma; successivamente la direzione ha dato le basi, e i direttori di dipartimento le hanno portate avanti.” (int. 4)

In questa sezione dell'intervista emerge nitidamente la dicotomia “dipartimenti coinvolti/dipartimenti non coinvolti” che abbiamo presentato come *frame* interpretativo. La fase del lancio del progetto è stata infatti vissuta e percepita in maniera totalmente differente dai professionisti che operano nei dipartimenti, o nelle SOD, non direttamente coinvolti dalla riorganizzazione e da coloro che invece operano in quelli in cui la riorganizzazione è stata introdotta e che quindi hanno visto rivoluzionare completamente l'organizzazione e la gestione del proprio lavoro.

Per i primi la fase di costruzione del consenso sembra aver coinciso quasi esclusivamente con la comunicazione del progetto, tanto che alcuni tra gli intervistati lamentano l'assenza di un dibattito interno e, come abbiamo già avuto modo di riportare, parlano di una decisione dettata perlopiù da esigenze di razionalizzazione economica.

“A Careggi non è stato fatto un progetto organico di discussione di che cosa si intenda per intensità di cure. Non è stato programmato per il momento un processo di formazione del personale sia medico che infermieristico. Sono esperimenti che sono venuti fuori da necessità contingenti: si chiudono posti della degenza alle cliniche chirurgiche, si riducono le risorse umane, e quindi si cerca di razionalizzare.” (int. 17)

“Ma quando è stata la prima proposta ufficiale, scusi?! Quando è stata fatta la prima proposta, erano già stati scelti i modi e le sperimentazioni e non c'è stato modo di discutere assolutamente nulla. [...]lo faccio parte del consiglio sanitario regionale, e non è mai stato fatto una discussione corposa e forte nell'ambito dell'assemblea sul tema dell'intensità di cure. Questo significa una cosa, cioè che ci sono molte perplessità sul modello organizzativo dell'intensità di cura. Non mi risulta che tutte le perplessità siano state ascoltate e verificate.” (int. 16)

I secondi sono stati testimoni invece di un confronto molto più articolato che è poi confluito nel percorso di formazione. Infatti nei dipartimenti DEA, Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza e Del Cuore e Dei Vasi una volta iniziato il processo riorganizzativo – che ha coinciso con il trasferimento nei nuovi locali organizzati per livelli di intensità di cura – si è ritenuto necessario colmare quella distanza tra la direzione del dipartimento e gli operatori che nella fase del trasferimento aveva alimentato criticità e situazioni di conflitto.

“Direi che la prima fase, quella dell'avvio, è stata principalmente top-down e ha avuto un po' il limite di non raggiungere tutta la periferia degli operatori. Quindi nel momento in cui si è andati a spostare e riorganizzare i reparti ci sono state delle situazioni critiche perché non si era lavorato benissimo nel coinvolgimento di tutti gli operatori. L'occasione per recuperare questo aspetto si è verificata nel 2007 quando questa struttura ha cambiato dipartimento ed è stata inserita in quello attuale. Si è allora approfittato per fare un monitoraggio e andare a cercare i primi risultati con una

importante campagna di ascolto degli operatori e con un'osservazione attenta dei dati. Questo ci ha spinto ad attivare un percorso di miglioramento rivisitando i diversi livelli di intensità e potenziando il coinvolgimento degli operatori.” (int. 10)

Nel dipartimento DEA, Medicina e Chirurgia Generale e di Urgenza, in seguito al trasferimento delle attività nel Nuovo San Luca, il responsabile infermieristico, i coordinatori e i primari si sono messi a confronto per stabilire se ci fosse una possibilità effettiva di realizzare nella nuova struttura la divisione in medio-alta e medio-bassa intensità. A questa fase sono seguiti una serie di incontri informativi che hanno coinvolto tutto il personale. Questo ha portato infine ad un più ampio coinvolgimento degli operatori anche nella predisposizione di nuovi strumenti operativi resi necessari dall'instaurarsi dei nuovi processi gestionali e tecnico-professionali – ad esempio per il passaggio di consegne, per la presa in carico o per l'inserimento dell'operatore socio-sanitario nelle *equipe*.

Anche nel dipartimento del Cuore e dei Vasi sono state organizzate una serie di riunioni con il personale infermieristico, alla presenza anche del coordinatore e del direttore di dipartimento. La disponibilità di quest'ultimo a partecipare agli incontri interni, secondo quanto riportato, avrebbe avuto un impatto positivo sul personale. In questa fase sono stati valorizzati gli elementi positivi della riorganizzazione – quali l'opportunità data dall'attribuzione dei nuovi spazi e la possibilità, perlomeno per il comparto infermieristico, di crescere professionalmente e sperimentare nuove modalità lavorative –; è stata sottolineata l'esigenza di rispondere ad una legge regionale e è stato fatto un importante lavoro di costruzione del sentimento di appartenenza al “nuovo” dipartimento.

Nel dipartimento di Oncologia sono stati coinvolti tutti i livelli professionali in un processo di confronto che portasse alla comprensione e all'accettazione di alcuni radicali trasformazioni introdotte dalla riorganizzazione. Fin dal primo momento questo lavoro sembra essersi concentrato sul cambiamento della mentalità e dell'approccio al lavoro:

“Il primo scoglio che abbiamo trovato è stato quello di fare cambiare la mentalità che il caposala non è del primario: si ha l'abitudine di dire “il mio caposala, miei infermieri, la mia sala operatoria”. La personalizzazione, per carità in buona fede, delle risorse deve venir meno.” (int. 7)

Ad un confronto di tipo più culturale si è accompagnato un dibattito finalizzato alla ricerca e alla progettazione di nuovi strumenti operativi:

“La mentalità delle persone non si cambia in una settimana, bisogna lavorare con pazienza e in modo che siano anche loro stessi a trovare delle soluzioni. Noi possiamo anche metterci a tavolino e

fare tutti i progetti che vogliamo, ma, una volta che il modello viene calato nella prassi, è necessario che anche i professionisti, medici e infermieri, trovino le loro soluzioni.” (int. 8)

“Quello che va uniformato è il lessico. Ognuno aveva la sua cartella clinica, il suo modo di passare le consegne, il suo modo di trascrivere ecc..., quindi abbiamo dovuto mettere tutto questo in comune.” (int. 7)

In questa fase si sono verificati tuttavia alcuni **momenti di conflittualità**: di fronte alle prospettive della riorganizzazione si è talvolta sviluppato un senso di resistenza al cambiamento, che alcuni intervistati definiscono fisiologico e diffuso sia tra gli infermieri che tra i medici.

Tuttavia tra i due ordini professionali emergono sostanziali differenze. Se per gli infermieri questa resistenza sembrerebbe imputabile principalmente al dover fronteggiare una situazione lavorativa nuova e diversa, e quindi si sarebbe andata riassorbendo attraverso il confronto e l’attuazione della nuova pratica lavorativa, tra i medici si tratterebbe di un’ostilità talvolta più strutturata e strettamente legata alla posizione professionale.

“La componente infermieristica è quella che ha più bisogno di maternage: bisogna partire col piede giusto e coinvolgere tutti; questa è una cosa importante che spesso manca qui, perchè spesso le decisioni arrivano dall'alto e vanno accettate così come sono. Ripeto non ci sono state delle risposte conflittuali esagerate. La componente medica è più composita, ma spesso si vedono delle resistenze più velate. [...] Forse è stato un processo che è stato vissuto con più timore dai medici che dagli infermieri. Certo da parte degli infermieri ci siano state delle paure, magari il confronto con i colleghi o pensare di dover modificare completamente il proprio lavoro, però coinvolgendoli siamo riusciti a tranquillizzarli. Da parte della componente medica invece - prevalentemente per i direttori di alcune SOD - qui si trattava di perdere un po’ la propria identità. L’etichetta sulla porta non era più “Prof. Tizio” e “Dott. Caio”, ma “I, II e III piano”, “ medio –bassa intensità”, “media intensità medico chirurgica” etc.” (int. 12)

“La componente professionale infermieristica è sempre stata molto più aperta non avendo di per sé un’organizzazione per specialità, non ci sono grandi resistenze.” (int. 3)

Non è facile ricostruire come siano stati gestiti i **rapporti con i sindacati**: secondo alcuni intervistati non ci sarebbero stati momenti conflittuali ma il coinvolgimento sindacale sarebbe stato costante e avrebbe seguito tutto il processo di riorganizzazione. Altri riferiscono invece un mancato coinvolgimento del sindacato e momenti di esplicita conflittualità.

“C’è stato un grosso lavoro con i professionisti dal punto di vista della loro rappresentanza, sia dal punto di vista professionale con il collegio dei sanitari, che sindacale, con i sindacati medici, e questo vale anche per la parte medica. Questo insieme alla direzione e con la rete delle

organizzazioni sindacali è passato progressivamente a tutti i professionisti: insomma, è stato un piano che è stato in gran parte accettato, anzi direi in gran parte fortemente appoggiato da parte dei professionisti.” (int. 13)

“Come sindacati siamo stati informati, abbiamo fatto le nostre rimostranze e fatto presente le nostre perplessità e il sistema è andati avanti. Credo che la cosa migliore da farsi sia aspettare che il sistema vada avanti e mostri le sue inefficienze per sottolineare che l’avevamo detto.” (int. 16)

“Comunque questa è una materia difficile, perché resistono le abitudini a lavorare in un certo modo, ad esempio la questione dei turni ci ha portato a qualche scontro e con il sindacato.” (int. 6)

“Rispetto alle organizzazioni sindacali interne non c’è stata una forte conflittualità: qualcuno ha chiesto delle garanzie nell’ambito della autonomia professionale, ma complessivamente non ci sono stati grossi scogli da superare.” (int. 4)

La normativa di riferimento

Il quadro normativo entro quale è stata messa in atto la riorganizzazione per intensità di cura dell’ospedale di Careggi appare chiaro e viene indicato in maniera omogenea da tutti gli intervistati.

Le indicazioni relative alla riorganizzazione per intensità di cura sono contenute:

- **nella Legge Regionale 40/ 05 - Disciplina del servizio sanitario regionale:** in merito alle strutture ospedaliere (art.68) si trova un esplicito riferimento ad aree differenziate secondo le modalità assistenziali e le intensità di cure, degenze e regimi di ricovero superando l'articolazione dei reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

L.r. 40/05

Art. 68 - Presidio ospedaliero di zona

[...] 2. Entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge e sulla base di specifici indirizzi della Giunta regionale, le aziende unità sanitarie locali procedono, anche attraverso l'adeguamento dello statuto aziendale, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi: [...]

b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;

- **nel Piano Sanitario Regionale 2008 – 2010:** in oltre 20 punti, viene fatto esplicito riferimento all'ospedale per intensità secondo le varie patologie, condizioni e situazioni assistenziali.
- **negli atti aziendali del 2004 e del 2008:** attraverso gli atti e le delibere che ne hanno seguito l'applicazione, l'azienda ha introdotto all'interno dell'ospedale la nuova organizzazione per dipartimenti mettendo a punto una nuova matrice di responsabilità che vede divisi l'ambito organizzativo e quello clinico; nel nuovo assetto la responsabilità clinica viene mantenuta dal direttore medico (che tuttavia governa solo e soltanto il suo gruppo di collaboratori), mentre il personale di assistenza, le attrezzature e le dotazioni strutturali, sono posti sotto la responsabilità del dipartimento, una sorta di sovrastruttura che attraverso la sua articolazione organizzativa vede la copresenza di ruoli più o meno dirigenziali, fino ad arrivare all'infermiere coordinatore, che governa il personale di assistenza.

La nuova articolazione dell'attività gestionale dunque appare fortemente decentrata e delega ai dipartimenti specifiche responsabilità. Le disposizioni pratiche per l'attuazione della riorganizzazione per intensità di cura sono regolate sia da **atti di indirizzo e decisioni operative** di emanazione aziendale – che sono stati decisivi per orientare verso l'intensità di cura la ristrutturazione dei locali che era già in atto riuscendo a dotare i dipartimenti di spazi adeguati alla nuova organizzazione - che dai **regolamenti interni ai dipartimenti**, che stabiliscono i

nuovi strumenti operativi e protocollano i processi gestionali e tecnico-professionali che si vanno affermando.

GLI AMBITI DI INTERVENTO DELLA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C

Strutture fisiche

Come già anticipato, il piano di ristrutturazione edilizia di Careggi è iniziato alla fine degli anni '90 ben prima dell'avvio del processo di riorganizzazione per intensità di cura e quindi indipendentemente da questo. tuttavia nel momento in cui si è proceduto verso la riorganizzazione per intensità di cura questa è intervenuta significativamente sulla progettazione e sull'organizzazione dei nuovi padiglioni.

“Dal punto di vista delle strutture fisiche noi abbiamo un problema in più ma che al tempo stesso è anche un vantaggio, perché questo ospedale è sottoposto ad una ristrutturazione edilizia che si basa su una scelta antecedente al progetto di intensità di cura. Lo svantaggio è che l'ospedale viene ristrutturato senza fermare l'attività ma l'aspetto positivo è che questa ristrutturazione fin dall'inizio è stata pensata come una ristrutturazione per intensità di cura.” (int. 1)

“Nel caso del blocco C è avvenuto proprio questo. La progettazione l'avevamo fatta in termini di flessibilità, quindi l'abbiamo ri-adequata alle esigenze della riorganizzazione. Quindi i lavori in corso che avevano qualche complessità sono stati. [...] Diciamo che per mantenere al passo gli appalti partiti già da tempo a questa nuova esigenza siamo stati chiamati a fare degli interventi di aggiornamento dei progetti.” (int. 5)

“Il fatto che Careggi si dovesse rinnovare era una decisione presa precedentemente alla legge sull'intensità di cura. Si può parlare di riorganizzazione in corso d'opera, che tiene conto di queste nuove indicazioni, che a volte nel riadattamento causano dei problemi e imprevisti. Per l'area intensiva di cuore e vasi ad esempio è stato necessario fare qualche piccolo lavoro impiantistico, perché la tecnologia non era stata pensata per questo. Ora sappiamo che ormai questa è la dimensione su cui la Toscana si sta organizzando e i nuovi presidi che costruiscono ne terranno conto.” (int. 6)

Il piano di ristrutturazione edilizia ha una doppia dimensione: innanzitutto rivoluziona l'organizzazione di tutta la cittadella ospedaliera di Careggi modificando l'impostazione delle attività dell'azienda ed il rapporto tra Careggi e il territorio – sia dal punto di vista ambientale e paesaggistico che nei rapporti con la città di Firenze e i suoi cittadini.

In secondo luogo vi è un ripensamento strutturale degli spazi interni dei padiglioni che, in linea con la nuova risposta medico-assistenziale che l'ospedale vuole dare, pone le basi per un rinnovato rapporto tra gli operatori e tra i professionisti e i pazienti.

La nuova forma della cittadella ospedaliera¹⁵

“Stiamo cercando di fare di un ospedale a padiglioni un ospedale monoblocco, conservando i vantaggi dell’uno e dell’altro. Avere in un’unica area emergenza-urgenza e alta intensità ha un’importante ripercussione anche di risposta immediata verso il paziente, che si muove a quel punto nel blocco attraverso gli ascensori e non più con le ambulanze attraverso un ospedale che alla fine è quasi una città.” (int. 1)

La nuova cittadella di Careggi - che dovrebbe essere conclusa tra 5 anni - sarà costituita da un blocco centrale di emergenza-urgenza e alta intensità e una serie di strutture, esterne al blocco centrale, che risponderanno a bisogni di media e bassa intensità.

L’Eas – Emergenza e Alta Specialità – sarà collocato nell’area dove attualmente sono situati il vecchio Pronto Soccorso e il nuovo Blocco C (dove è stato sistemato il dipartimento del Cuore e dei Vasi) comprenderà anche la nuova piastra del Pronto Soccorso, la Diagnostica per Immagini e il Blocco Operatorio in un’unica grande struttura che dall’attuale forma a “doppia Y” assumerà la forma di una “H”. L’edificio avrà una dotazione di 500 posti letto, 18 sale operatorie, 20 diagnostiche e 10 angiografi.

Intorno a questo grande “cuore rosso” di Careggi ruoteranno 3 satelliti di cura dedicati alla media intensità:

- una zona, corrispondente al CTO, sarà dedicata alla media intensità e al day surgery con 400 posti letto, 20 sale operatorie, 42 ambulatori e 10 postazioni per la diagnostica per immagini;
- una zona, corrispondente all’attuale piastra dei servizi, accoglierà la media intensità e servizi;
- la terza, più articolata, comprendente anche il vecchio e il Nuovo San Luca e le aree delle medicine e delle chirurgie, sarà dotata di 500 posti letto, 8 sale operatorie e 16 diagnostiche.

All’ingresso di Careggi è inoltre in costruzione un edificio che rappresenterà la “Porta della Città”.

Dunque si assisterà ad una nuova organizzazione su 3 macro-aree: l’accesso, il centro di grande intensità e l’area di media intensità. Ciascuna area però sarà a sua volta suddivisa all’interno in zone di ingresso, media intensità, bassa intensità, degenze e post-operatorio. Inoltre la nuova organizzazione permetterà di trasformare

¹⁵ Vedi nota 10.

gradualmente un ospedale a padiglioni in un insieme di ospedali monoblocco, conservando i vantaggi dell'uno e dell'altro¹⁶.

Approfondimento

L'organizzazione degli spazi interni ai padiglioni

“Le strutture di servizio centrali non sono chiuse ma sono banconi aperti, è qui che si svolge l'attività dei capo-sala e del personale medico, la gestione non è più, anche fisicamente, un fatto chiuso: questo è l'esempio più classico per comprendere il cambiamento delle relazioni tra i medici e gli infermieri e tra gli infermieri e il resto del personale nella gestione del reparto. Il cuore pulsante del reparto è fuori, è alla luce del sole, e questo cambia molto i rapporti.” (int. 4)

Ogni nuova struttura al suo interno è organizzata secondo i criteri della flessibilità, della continuità e dell'apertura.

A tal fine vengono impiegati il cartongesso e altri sistemi leggeri di costruzione - per altro considerati migliori per i loro componenti chimici - che permettono una maggiore flessibilità di utilizzo dei locali.

Per la disposizione degli spazi interni nelle nuove strutture viene seguito il modello dei “corpi quintupli” che prevede due aree laterali di degenza, una struttura di servizio centrale e due corridoi. Internamente l'edificio è strutturato con un'area centrale di servizio e due aree di degenza laterali. Questa disposizione degli spazi - che sostituisce quella del reparto ospedaliero classico che prevedeva da un lato le camere di degenza, dall'altro lato l'area dei servizi e al centro il corridoio alla metà del quale si trovava la stanza, chiusa, della caposala - permette sia all'infermiere di avere una visibilità migliore sull'area di degenza, sia di poter inserire l'intensiva che la sub-intensiva nella stessa area.

Risorse finanziarie

Sebbene la maggior parte degli intervistati non sia in grado di dare indicazioni precise in proposito, per buona parte le risorse finanziarie impiegate sembrano provenire da una riallocazione delle risorse interne che la direzione ha adottato avvalendosi di alcune

¹⁶ Se infatti l'organizzazione a padiglioni ostacola in parte la riorganizzazione per intensità di cura, gli ospedali monoblocco possono essere più a rischio dal punto di vista della sicurezza (si pensi al blocco di un ascensore durante il trasferimento di un paziente urgente o alla situazione che si prospetta in casi di incendi).

consulenze per la riorganizzazione, anche economica, dei processi professionali, organizzativi, gestionali e amministrativi.

“A parte le risorse necessarie per la ristrutturazione che hanno un capitolo preciso, soprattutto per il finanziamento edilizio e di finanziamento per altre attrezzature, per quello che riguarda le risorse professionali che sono poi quelle fondamentali, è una riorganizzazione, una ristrutturazione delle risorse disponibili, una nuova riagggregazione delle risorse”. (int. 3)

“Credo che i finanziamenti rientrassero nel bilancio più generale degli investimenti per l'ammodernamento e la ristrutturazione delle strutture ospedaliere.” (int. 11)

“Per quel poco che so, gli stessi fondi che erano stati destinati al “nuovo Careggi” sono stati anche impiegati per questa riorganizzazione, ma sarà molto difficile poter fare una divisione e capire quanto sia stato utilizzato per i cantieri e quanto al loro ripensamento per l'intensità di cura” (int. 15)

La riallocazione delle risorse sicuramente ha avuto un ruolo fondamentale all'interno dei dipartimenti dove attraverso la contabilità analitica e il controllo di gestione è stato modificato il modello di valutazione di risorse.

Per ciò che concerne le risorse esterne, il sostegno pare essere in parte provenuto anche dalla Regione Toscana che, supportando lo sviluppo e la ricerca nell'ambito sanitario, ha sostenuto economicamente anche la ricerca di questo nuovo assetto organizzativo.

Non sembra invece che siano arrivati finanziamenti specifici da parte dell'Unione Europea.

Ulteriori fondi regionali sono stati inoltre richiesti per sviluppare, all'interno della riorganizzazione per intensità di cura, alcuni progetti specifici qualora, per fare un esempio, le leggi nazionali o regionali impedissero di assumere personale aggiuntivo.

“Chiedere finanziamenti ad hoc era anche un modo per blindare il progetto compiuto. Magari sono stati chiesti solo per il primo anno e successivamente il progetto era in grado di camminare sulle sue gambe, per cui si poteva rientrare nell'ambito del bilancio aziendale”. (int. 4)

A tal proposito si riporta ad esempio quanto avvenuto nella riorganizzazione del Dipartimento DEA e Medicina e Chirurgia Generale e d'urgenza dove lo *start up* è avvenuto mediante una riallocazione delle risorse e dove in seguito, con l'attivazione della sub-intensiva, la direzione dipartimentale ha proposto all'Azienda di attingere a parte di un finanziamento regionale previsto per l'ottimizzazione del percorso del pronto soccorso.

In accordo con la Regione, l'Azienda ha quindi deciso di investire le risorse ottenute per finanziare non il pronto soccorso come struttura a sé ma di concentrarle sul potenziamento di un altro segmento di quel percorso di continuità assistenziale interno al dipartimento che si è venuto a creare proprio con la riorganizzazione per intensità di cura.

Per quanto riguarda il piano di ristrutturazione edilizia invece è stato attivato un piano di investimento che comprende diverse fonti di stanziamento. L'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, come le altre aziende sanitarie toscane, ha sottoscritto infatti un piano di investimenti con la Regione Toscana che prevede, tra le altre, risorse del Ministero e una parte di autofinanziamento. Inoltre, data l'importanza dell'intervento attivato, sussisteva l'opportunità di programmare parte dei finanziamenti anche tramite mutui.

Processi gestionali e tecnico- professionali

Nel momento in cui è stata intrapresa la strada della riorganizzazione per intensità di cura l'azienda ha attivato una consulenza per l'analisi dei processi all'interno di ogni dipartimento. L'analisi ha interessato circa il 90% dell'attività ed in base ai risultati sono state messe a punto alcune modifiche per adeguare i processi gestionali al nuovo modello organizzativo.

Dal punto di vista gestionale l'ospedale ad intensità di cura presuppone di superare la rigidità dell'organizzazione per unità operative o SOD e di modificare quindi la struttura del dipartimento (che attualmente contiene una serie di strutture organizzative, ciascuna delle quali ha un determinato assetto organizzativo, un primario, un capo-sala, ecc.) creando un'area di attività o di degenza che contenga una serie di percorsi assistenziali. Questo passaggio implica una complessa **revisione delle responsabilità**: ad esempio per la gestione di quest'area di degenza, che è trasversale rispetto alle SOD, si porrebbe la necessità individuare un nuovo medico responsabile o di affidarne la responsabilità in maniera condivisa a tutti i direttori di SOD del dipartimento.

“L'azienda ha creato una radicale variazione delle attribuzione delle responsabilità all'interno di questo ospedale, cioè sono state create nuove unità operative, nuovi ambiti, dovrebbero esserci anche nuove figure professionali che sono in corso di definizione.” (int. 13)

L'ospedale per intensità di cura presuppone infatti che il nuovo aspetto strutturale, o la nuova modalità di produzione, rispondano ai criteri della **multiprofessionalità** e del **superamento delle divisioni**: questo porta alla necessità di protocollare i percorsi diagnostico terapeutici trasversali alle varie aree di attività, cioè alla necessità di un'organizzazione per processi.

D'altro canto chi già lavora quotidianamente nel nuovo assetto organizzativo sottolinea come talvolta non sia di fatto possibile protocollare alcuni processi:

“Puoi protocollarlo fino a un certo punto, la situazione del reparto non è standardizzabile, va vista giorno per giorno e l'organizzazione cambia a seconda delle situazioni, sempre con l'intento di ottimizzare al millesimo spazi e tempi, una delle cose più faticose, fonte di continui arrangiamenti giornalieri non protocollabili.” (int. 11)

Finora, laddove la riorganizzazione ha raggiunto uno stato avanzato, i principali cambiamenti hanno riguardato principalmente dunque:

- **l'attribuzione delle responsabilità;**
- **l'organizzazione della struttura interna del dipartimento;**
- **l'organizzazione delle risorse;**
- **la gestione degli operatori** per i quali è stato necessario prevedere uno sviluppo delle competenze, imposto anche dal cambiamento nel tempo della casistica assistita.

Andando ad analizzare come sia cambiata la pratica lavorativa quotidiana la situazione appare molto variegata. Innanzitutto gli intervistati riferiscono di come la riorganizzazione per intensità di cura richieda un profondo cambiamento nel **sistema delle relazioni tra i professionisti**, un cambiamento che non starebbe avvenendo in maniera indolore, come sarà approfondito nel capitolo sulla valutazione.

“Dal punto di vista medico spesso il riferimento non è più al primario ma al direttore del dipartimento; da un punto di vista infermieristico il personale non dipende più solo dal capo-sala, ma deve seguire il paziente in tutto il suo percorso. [...] Sono modifiche difficili da introdurre non tanto da un punto di vista, quanto da un punto di vista operativo, quotidiano: non si sa a chi chiedere le ferie, è più complicato fare un piano ferie; non si sa chi deve chiedere le polizze per i materiali, o chi controlla il settore pulizie... Tutte piccole cose pratiche da rivedere che spesso diventano occasione di scontro tra di noi.” (int. 4)

“Il nodo è che professionisti diversi dovranno lavorare insieme, mentre attualmente si lavora per reparti, per disciplina. Sarà un modo diverso di lavorare. Poi c'è il rapporto con gli infermieri: non ci

sarà più un riferimento unico come il primario del reparto ma gli infermieri dovranno lavorare con professionisti di diverse discipline. Cambia anche la figura dell'apicale: tradizionalmente il caso clinico veniva affidato al primario, ma ora nell'ottica dell'intensità di cura anche il primario dovrà ripensare il proprio ruolo.” (int. 14)

“L'intensità di cura a mio avviso si costruisce non solo realizzando spazi in cui spostare i dipartimenti, ma spazi in cui il personale medico e quello infermieristico si abituino a girare, a spostarsi.” (int. 11)

Da quanto riferito da alcuni intervistati, l'introduzione delle equipe tecnico-professionali, formate da figure professionali differenti - e quindi di un modello operativo basato sulla comunicazione e sulla collaborazione tra operatori provenienti da settori differenti – non è un processo semplice da affrontare. Mancherebbero infatti strumenti adeguati per rendere il confronto una modalità operativa stabile. A tal proposito viene anche espresso il dubbio che troppo poco sia stato fatto per “governare” la creazione delle nuove relazioni che si sono venute a creare con l'introduzione del modello organizzativo per intensità di cura.

“Per quello che riguarda l'open space, sono state affrontati con una serie di riunioni, per standardizzare i comportamenti, nate da segnalazioni in progress con il responsabile dell'open space, che abbiamo individuato in una figura di un medico che si fa carico di organizzare il servizio, in modo da semplificare la vita soprattutto al personale infermieristico che si trova a lavorare con più gruppi di medici diversi. Non avendo più reparto unico, gli infermieri del terzo piano si sono abituati a lavorare anche con me, mentre prima lavoravano solo con il dott. Moretti: è stata necessaria una doppia modalità. Soprattutto per l'open space è stato necessario fare un regolamento, avere un medico responsabile, perché attualmente ci sono 4 o 5 equipe.” (int. 17)

Come illustrato nel paragrafo seguente, appare difficile stabilire come si stia svolgendo il processo di **ridefinizione dei ruoli professionali**: la situazione risulta infatti variare considerevolmente non solo tra i diversi dipartimenti ma anche tra le differenti SOD interne allo stesso dipartimento.

È inoltre da considerare il fatto che la riorganizzazione per intensità di cura si è andata ad affiancare ad una **riorganizzazione dell'assistenza** che, come sarà approfondito nel prossimo capitolo, ha rivoluzionato le modalità lavorative del comparto infermieristico e, conseguentemente, del comparto medico.

Per quanto concerne l'**introduzione di nuove figure professionali** - come il **infermiere referente e medico tutor** - previste dal modello della riorganizzazione¹⁷, non è possibile

¹⁷ Come approfondito in seguito non si può indicare uno specifico modello teorico di riferimento, ma ci si riferisce a quelle indicazioni scaturite dal dibattito teorico nato intorno all'intensità di cura.

riportare un quadro completo a livello aziendale. Se l'infermiere referente risulta essere quasi l'evoluzione naturale dell'infermiere capo-sala, il medico tutor è invece oggetto di più articolata dialettica. Da quanto emerge dalle interviste infatti, nella realtà ospedaliera di Careggi appare difficile, se non impossibile, convogliare il ruolo di tutoraggio su una singola figura e sembra prevalere una soluzione di equipe.

In generale si può affermare che il processo di ridefinizione dei ruoli è un processo totalmente aperto e attualmente ancora in corso. Ovviamente la situazione appare maggiormente definita in quei dipartimenti maggiormente coinvolti dalla riorganizzazione, dove le pratiche lavorative sono cambiate radicalmente.

A tal proposito il Direttore della SOD Cardioanestesia, Dipartimento del Cuore e dei Vasi, che durante l'intervista più volte ha sottolineato come siano aumentati ritmo e pressione lavorativi del personale con l'introduzione del modello per intensità di cura, ritiene che sarebbe opportuno creare delle forme di incentivi economici, per motivare e rendere maggiormente partecipe il personale al nuovo modello organizzativo.

Approfondimento

Equipe a confronto nel Dipartimento del Cuore e dei Vasi

Appare utile riportare nel dettaglio la descrizione fatta dagli operatori del Dipartimento del Cuore e dei Vasi intervistati in merito al processo di riadattamento del personale che si è attivato con il trasferimento del dipartimento nel nuovo "Blocco C" e, quindi, con l'introduzione del modello per intensità di cura.

Nell'area della medio-bassa intensità (III Piano) è stato inserito un organico di personale composto, secondo parametri definiti a livello sindacale, dal personale infermieristico prima impiegato nelle due realtà che sono state accorpate - cioè in parte proveniente dalla degenza ordinaria cardiochirurgica e in parte dalla degenza ordinaria cardiologica.

Queste due realtà avevano storie di sviluppo professionale differenti alle spalle: nella porzione di degenza ordinaria cardiologica era già in atto da alcuni anni il tentativo di riorganizzazione secondo il modello dell'assistenza per settori, cioè l'introduzione della presa in carico del paziente da parte dell'infermiere coadiuvato dall'OSS. Questo aveva fatto sì che il gruppo infermieristico fosse già dotato di strumenti operativi utili al passaggio delle informazioni.

Il gruppo proveniente dalla cardiochirurgia invece era abituato ancora ad una tipologia di lavoro per mansioni.

La stessa situazione si è presentata nell'area della sub-intensiva (II Piano) - dove è stato accorpato il personale era proveniente da una sub-intensiva della cardiologia,

(che aveva una gestione contigua a quella del reparto di cardiologia di cui sopra; dunque anche questi infermieri erano già indirizzati verso la presa in carico del paziente e l'utilizzo di strumenti in comune tra la degenza ordinaria e la sub intensiva) e dalla sub-intensiva cardiocirurgia che invece, come la degenza cardio-chirurgica di cui sopra, non aveva ancora elaborato una riorganizzazione del modello di assistenza (le due aree precedentemente, infatti, lavoravano a stretto contatto in quanto sia i letti della sub-intensiva che quelli della degenza ordinaria si trovavano nello stesso reparto).

La riorganizzazione si è quindi scontrata con alcune difficoltà derivanti dall'aggregazione di personale proveniente da realtà differenti. Secondo quanto riferito, ad oggi il maggiore livello di integrazione è stato raggiunto nella terapia intensiva. Nella sub-intensiva l'integrazione è stata minore: in uscita dalle sub-intensive, infatti, gli spazi sono carenti e risulta difficile convogliare i pazienti. Di conseguenza i malati cardiocirurgici vanno nei reparti di cardiocirurgia, mentre c'è una grossa dispersione dei malati cardiologici, in quanto sembra mancare una bassa intensità cardiologica pronta ad accoglierli.

“C'è una buona coesione a livello di alta intensità, sufficiente a livello di media intensità, ma a livello di bassa intensità i pazienti si disperdono, soprattutto a livello cardiologico piuttosto che cardio- chirurgico. [...] Nell'alta intensità ci siamo integrati, ma restano due distinte sub-intensive sganciate fisicamente, mentre la coabitazione fisica è fondamentale per l'integrazione.” (int. 11)

Aspetti normativi e regolatori

Per quanto concerne i **contratti e gli accordi sindacali**, in base alle informazioni emerse attraverso le interviste non è possibile tracciare un quadro chiaro ed omogeneo a livello aziendale. Sembra possibile tuttavia affermare che, a seguito della riorganizzazione per intensità di cura, non sono stati firmati nuovi accordi sindacali né per quanto riguarda i medici né per gli infermieri.

“Non è stato firmato alcun accordo specificamente finalizzato all'organizzazione per intensità di cura. Tenga presente inoltre che la fase della contrattazione decentrata sul contratto nazionale è ancora in corso.” (int. 14)

La ridefinizione delle professionalità necessarie a mettere in atto il nuovo modello organizzativo appare come un processo *in progress* che nella pratica ha coinvolto quasi esclusivamente i dipartimenti ad oggi maggiormente coinvolti dalla riorganizzazione. L'introduzione delle nuove figure professionali non sembra essere avvenuta né attraverso

nuove assunzioni¹⁸ né attraverso l'introduzione di nuovi profili contrattuali quanto mediante la riconversione delle figure esistenti. Tale riconversione è stata concertata tra gli operatori, la direzione sanitaria e dipartimentale e i sindacati ed ha portato ad un graduale adeguamento di mansioni, responsabilità e modalità operative¹⁹.

“I ruoli non sono stati cambiati. Abbiamo fatto a monte degli accordi aziendali su come si debba procedere in caso di riorganizzazione di aree assistenziali con il personale infermieristico, ad esempio per le graduatorie di anzianità o nel caso di spostamenti, di turni ecc. – per chi ha famiglia e ha organizzato la propria vita e la gestione dei figli in base ai turni. Noi avevamo tutta una serie di paletti contrattuali predefiniti, che bisognava rispettare. Quindi ci si doveva muovere in questo percorso. Quindi abbiamo fatto una serie di riunioni di personale anche alla presenza del coordinatore e il direttore di dipartimento ecc, anche per aumentare il senso di appartenenza. Abbiamo proceduto in questo modo, senza alterare i ruoli, ma sottolineando l'esigenza di rispondere ad una legge regionale, l'opportunità data dall'attribuzione dei nuovi spazi ecc. Quindi evidenziando gli aspetti positivi siamo riusciti a fare accettare senza particolari sconvolgimenti questa modifica organizzativa. Non sono state introdotte nuove figure.” (int. 12)

Secondo alcuni tuttavia, *le attuali condizioni contrattuali renderebbero impossibile una reale ridefinizione dei ruoli, mentre l'introduzione del nuovo modello organizzativo rende necessaria la creazione, in accordo con le organizzazioni sindacali, di nuove figure professionali specifiche attualmente non previste dai contratti nazionali.*

Pur non rilevando in merito informazioni precise, sembrano presenti a livello aziendale **obiettivi di budget** mirati a promuovere la riorganizzazione, mentre ancora non sarebbero stati introdotti **sistemi valutativi premianti** per i dipendenti che stanno operando secondo il nuovo modello organizzativo, anche se pare che dal prossimi autunno potrebbero essere elaborati.

Per quanto attiene all'eventuale inserimento di **nuovi assetti istituzionali**, dalle interviste emerge che all'interno della Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi è in corso una radicale riforma dei finanziamenti destinati ai diversi dipartimenti e alle rispettive unità operative, ma non sembrano esser stati introdotti nuovi specifici assetti.

“Negli ultimi anni le variazioni sono state così tante che diventa difficile a questo punto individuare i cambiamenti strettamente correlati alla nuova organizzazione per intensità di cura. Le faccio un esempio: dal primo atto aziendale (più lontano dal concetto di intensità di cura che ancora non era esplicitato dalla Regione) al secondo, alcune unità operative sono passate da un dipartimento a un altro e sono stati creati nuovi dipartimenti. Quindi si può dire che è un processo in corso.” (int. 13)

¹⁸ Secondo alcuni intervistati fatta eccezione, come si è già avuto modo di dire, per l'assunzione di personale OSS.

¹⁹ Nel capitolo seguente verranno approfonditi i cambiamenti di ruolo che anno interessato medici e infermieri operanti nei dipartimenti maggiormente coinvolti dal processo riorganizzativo.

Politica e informazione

Dalle interviste emerge in maniera abbastanza omogenea che l'introduzione di questo nuovo modello organizzativo nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, oltre che dalla direzione aziendale, è stata fortemente sostenuta a livello politico dall'Assessorato Regionale alla Sanità²⁰.

Essendo infatti Careggi una struttura ospedaliera non territoriale la riorganizzazione non ha coinvolto, quanto meno direttamente, l'ambiente politico comunale.

Per alcuni l'attenzione a livello regionale è da ricondurre ad un più ampio interesse politico che la Regione ripone nello sviluppo della ricerca, e conseguentemente nella ricerca e nella sperimentazione di nuovi modelli organizzativi. Per altri invece la costante presenza politica dimostra la sollecitudine con cui, sia l'azienda che la Regione, si stanno muovendo verso una radicale razionalizzazione economica della sanità.

Il ruolo svolto dai mass media sembra essere stato limitato nel processo di riorganizzazione per intensità di cura, e comunque la comunicazione mediatica si è concentrata sull'inaugurazione delle nuove strutture del "Blocco C" che, per l'appunto, ha coinciso con la messa a punto del nuovo modello organizzativo. Del resto, alcuni notano, la riorganizzazione per intensità di cura risulta essere un argomento difficilmente comprensibile per i non addetti ai lavori. Inoltre la presentazione di un programma di riorganizzazione di lungo termine appare meno immediata rispetto alla notizia di un "evento" come, appunto, l'inaugurazione di nuovi locali.

Alcuni intervistati sottolineano inoltre che l'attenzione dei media verso l'ambito sanitario si risveglia solo quando sia possibile "vendere lo scoop": non ci sarebbe cioè secondo gli stessi una sensibilità nel tenere correttamente informati i cittadini circa il funzionamento del sistema sanitario, quanto un'attenzione esclusivamente limitata agli scandali e al malfunzionamento della sanità pubblica.

Cultura, ricerca e formazione

²⁰ Si ricorda che, come detto precedentemente, il modello organizzativo per intensità di cura è stato introdotto a livello normativo nella Legge Regionale 40/2005.

Da quanto emerge dalle interviste l'introduzione del nuovo modello organizzativo è stata preceduta dall'attivazione di alcuni **interventi di natura culturale**: quasi tutti gli intervistati riferiscono infatti di un percorso di studio che ha coinvolto i coordinatori medici e infermieristici e che si è sviluppato all'interno di alcuni *workshop* scientifici. All'interno di questi gruppi di lavoro, che si sono sviluppati in maniera trasversale interessando i direttori dei vari dipartimenti, sono state analizzate prospettive e criticità dell'organizzazione per intensità di cura.

Il confronto si è sviluppato anche all'esterno dell'azienda in un momento in cui il dibattito riguardante l'intensità di cura era acceso sia a livello regionale che a livello nazionale. Un appuntamento importante sembra essere stato il "Fuori porta" di Siena, un convegno di due giorni che si è svolto nell'inverno del 2008, all'interno del quale è stata dedicata all'argomento una sessione specifica.

"Un ruolo sicuramente importante lo hanno svolto le comunità scientifiche mediche e infermieristiche che hanno promosso e diffuso l'idea della riorganizzazione per intensità di cure andando in giro a parlarne. Trovando grande interesse nel mondo esterno a queste nostre mura, sono rientrati con un grande entusiasmo e hanno diffuso nel dipartimento una spinta motivazionale necessaria ad andare avanti." (int. 10)

"Prima di Natale c'è stata una riunione in cui la Direzione ha coinvolto anche i responsabili delle SOD in un fuori porta a Siena di due giornate in cui il Direttore cercava di fare gruppo con la sua classe dirigente. C'era una sessione specifica sull'intensità di cura a cui ho partecipato e molti non sapevano nemmeno cosa fosse: ci sono tante teorie ma mi sono resa conto che molti medici non comprendevano. Due giorni di discussione sulla strategia a livello aziendale, forse mai avuti da un'azienda come questa, sono stati positivi e hanno portato un ottimo clima che ha reso più stretto questo gruppo dirigenziale. Questa cosa si è ripetuta di recente per gli staff dei dipartimenti con tutti i Direttori, proprio per cercare uno spirito di coinvolgimento più diretto, per far sentire tutti attori della trasformazione." (int. 6)

"Gli infermieri hanno anche prodotto materiale per congressi, hanno fatto un'indagine conoscitiva interna anonima per vedere il gradimento tra gli operatori del progetto e quali fossero le criticità. Si è creato un movimento culturale su questa cosa." (int. 9)

Alcuni intervistati sottolineano però come, rispetto al panorama nazionale, manchi un modello di riferimento dell'intensità di cura, un modello che sembra assumere contorni differenti di volta in volta in base al relatore del momento.

"Quando io troverò un articolo sul modello per intensità di cure, dove si spiegano i meccanismi e i cambiamenti organizzativi e di mentalità che è necessario fare, sarò disposto a studiarlo, ma per adesso mi sembra solo uno slogan che si è dimenticato della continuità assistenziale tra il territorio e l'ospedale e che ha dato risposte parziali ai problemi che ogni giorno ci troviamo a gestire." (int. 16)

Il progetto è stato presentato pubblicamente in occasione dell'apertura dei nuovi locali del “Blocco C” del padiglione delle chirurgie generali. L'inaugurazione sembra aver rappresentato un ulteriore momento di conoscenza, approfondimento e diffusione del progetto all'interno dell'azienda.

Il dibattito sembrerebbe poi essersi diffuso in maniera più capillare all'interno di quei dipartimenti che stavano vivendo la trasformazione, coinvolgendo tutto il personale in un percorso di formazione “a cascata”.

I percorsi di **formazione** sono stati elaborati dai consulenti esterni che hanno seguito tutto il processo di trasformazione organizzativa dell'azienda e si sono sviluppati su differenti livelli.

“Ci sono stati più momenti formativi consecutivi in una logica che era stata progettata fin dall'inizio con l'obiettivo fondamentale di cercare di rafforzare il lavoro di squadra e del gruppo.[...]L'idea era che ci realizzasse una cascata: direttore, direttore di dipartimento, dipartimenti e poi che lo staff di dipartimento e il direttore trasferissero all'interno de dipartimento le conoscenze e le informazioni con le modalità da loro scelte”. (int. 1)

Da quanto emerge dalle interviste il coinvolgimento dei differenti livelli degli operatori risulta essere stato estremamente variabile da dipartimento a dipartimento in relazione anche alla motivazione della direzione del dipartimento stesso. Laddove la sensibilità è stata elevata sembrano essere stati raggiunti buoni livelli, come si può evincere dalle seguenti testimonianze:

“Ogni reparto che segue l'intensità di cura, ha avuto un lungo periodo di formazione, il primo esempio qui è stata la day surgery. Prima si è dovuto pensare a tutte le possibili soluzioni alternative ai problemi che potevano sorgere, il personale è stato formato su questo, per poter rispondere a tutte queste problematiche. Quando abbiamo trasformato i reparti delle singole unità operative, delle SOD, in un reparto open space con pazienti - che appartengono a diverse unità operative- che richiedono quel tipo di intensità di cura, abbiamo dovuto fare molteplici riunioni con medici e infermieri, perché queste abitudini, che sono le più dure da introdurre, diventassero delle abitudini comuni, per fare in modo di condividere la nuova modalità operativa.” (int. 7)

“Per esempio, parlo soprattutto nel mio ambito, sono stati fatti tutta una serie di corsi di formazione riguardanti la sicurezza. La sicurezza è un punto cruciale dell'intensità di cura: il processo per intensità di cura deve essere un processo sicuro, condiviso, accettato. Operare in sicurezza all'interno di strutture complesse come questa, da tutti i punti di vista, è cruciale per l'organizzazione, soprattutto per l'intensità di cura, soprattutto per passaggi di responsabilità: è cruciale la sicurezza e da questo punto di vista è stato fatto molto.” (int. 13)

Contemporaneamente però, emerge che i percorsi di formazione spesso sembrano essersi concentrati sull'aggiornamento degli operatori ospedalieri rispetto ai cambiamenti inerenti

le mansioni e i compiti, ma che meno sia stato fatto per introdurre e far accettare ai dipendenti il nuovo modello relazionale in cui avrebbero dovuto operare e renderli partecipi al progetto a livello emozionale.

Alcuni intervistati sottolineano inoltre una disparità rispetto ai percorsi formativi che sembrerebbero aver coinvolto molto più la componente infermieristica rispetto a quella medica. Un elemento, questo, che si rifletterebbe anche nella minor accettazione del cambiamento da parte di quest'ultima.

“Molto più è stato fatto per gli infermieri: da un paio di anni noi seguiamo come dipartimento delle esperienze formative che prevedono integrazioni tra le diverse figure professionali come l'infermiere e l'OSS: naturalmente si cita anche la componente medica, ma la partecipazione di questi ultimi è sempre molto scarsa. La componente medica va ai congressi, ma partecipa molto poco alle iniziative interne.” (int. 12)

Un particolare percorso di ricerca in merito all'intensità di cura sembra essersi sviluppato all'interno dell'ufficio tecnico che, procedendo con la ristrutturazione edilizia dell'intero ospedale, si trova a progettare un nuovo modello ospedaliero che differisce completamente da quello che è il modello storico.

“Gli esempi da seguire non sono molti. il modello storico di ospedale è costituito dai reparti e noi stiamo un po' sbaragliando tutto questo. Ci sono esempi già esistenti, però diciamo che nel nostro ruolo di dipartimento tecnico, all'interno dell'ufficio progetti si è sviluppato un processo di ricerca e confronto tra le varie persone che sono chiamate a progettare.” (int. 5)

È da sottolineare che, anche in questo caso, la percezione che gli intervistati hanno avuto circa il dibattito che si è sviluppato non è uniforme. Per alcuni, infatti, l'azienda non avrebbe elaborato un progetto organico di discussione sull'intensità di cura a livello teorico, né un percorso articolato di formazione del personale medico e infermieristico, in quanto l'introduzione di questo nuovo modello sarebbe scaturita non da un processo di sviluppo organizzativo vissuto dall'Azienda quanto da necessità contingenti legate all'imposizione normativa di una razionalizzazione delle risorse che ha comportato la riduzione dei posti di degenza e delle risorse umane.

Altri sostengono che il “fermento culturale” che si è sviluppato all'interno dell'azienda intorno all'intensità di cura ha assunto i contorni di una campagna promozionale più che di un dibattito teorico del modello e della sua applicazione.

Altri infine ritengono che il tempo intercorso tra il lancio del progetto e la sua realizzazione è stato troppo breve affinché si potesse sviluppare una comprensione diffusa dei cambiamenti in atto, date anche le dimensioni e l'organizzazione dell'azienda che conta quasi 6.000 dipendenti.

Generale è la convinzione che sarà necessario molto tempo affinché il cambiamento culturale e professionale che è alla base della riorganizzazione venga metabolizzato, e perché il nuovo modello organizzativo non sia percepito come una perdita di identità e di orientamento da parte degli operatori.

“Per la dimensione professionale, quello che è stato veramente necessario fare è iniziare il cambiamento culturale nel quale non si dovrebbe, non si deve più sentire come una perdita l'afferenza del potere diretto su quel tipo di risorsa ma sapere come questa risorsa e da chi e in che modo è gestita per poterla meglio utilizzare e meglio gestire. Chiaramente nessuno fa niente in cambio di niente, il contraccambio che mi pare la linea professionale ha positivamente ricevuto è il fatto che non solo tratta più pazienti ma tratta con maggiore livello di sicurezza e di appropriatezza questi pazienti.” (int. 2)

“Noi essendo azienda ospedaliera universitaria siamo ricchi di specializzandi presenti nei vari piani. Ecco gli specializzandi probabilmente formandosi già in un sistema un pochino diverso che non "nel reparto del dottor x che ha tot. Posti letto" sviluppano una predisposizione diversa. Ecco come è importante sviluppare una formazione a partenza universitaria.” (int. 12)

Tecnologia e informazione

Dalle interviste emerge che all'interno dell'azienda lo strumento tecnologico informativo è il sito internet aziendale e la piattaforma *Intranet* accessibile a tutti i dipendenti.

Ma il sistema informatico è stato introdotto precedentemente alla riorganizzazione per intensità di cura che non sembra aver comportato l'introduzione di specifici strumenti informativi²¹ a livello aziendale.

“E' difficile elaborare una tecnologia di trattamento dell'informazione sulla base di un progetto: è il progetto magari ad adeguarsi all'ICT²² esistente. Noi abbiamo un sistema intra mail che funziona molto bene ed esiste poi un passaggio all'informazione di tipo elettronico riguardante l'accettazione e il trasferimento dei pazienti.” (int. 13)

²¹ Approfondiremo nel capitolo seguente l'inserimento e l'utilizzo di particolari strumenti tecnici comunicativi introdotti in alcuni dipartimenti a seguito della riorganizzazione per intensità di cura.

²² *Information and Communication Technology*, cioè l'insieme delle tecnologie che consentono di elaborare e comunicare l'informazione attraverso mezzi digitali.

All'interno della piattaforma *Intranet* dell'azienda vengono pubblicate tutte le procedure e tutta la documentazione utili agli operatori. Dalle interviste emerge inoltre che è di recente nascita uno spazio web dipartimentale dove verrà inserita tutta la documentazione affinché il coordinatore di SOD e il coordinatore infermieristico possano visionare documenti legati ai vari settori.

Con l'introduzione del nuovo modello organizzativo, tuttavia, sembra rendersi necessaria una implementazione del sistema informativo e della sua capillarità.

“Tutti i dipartimenti ricevono periodicamente, ogni mese almeno, le cifre del loro andamento produttivo, i numeri dei ricoveri, delle prestazioni ambulatoriali, la media delle degenze, insomma il quadro della situazione per dipartimenti, utile sia ai dipartimenti stessi che alla direzione centrale. Questo sistema informativo è cambiato con l'organizzazione per intensità di cure o per aree di attività assistenziali: quello che finora avevamo per dipartimento ora c'è bisogno di averlo a livello di aree assistenziali.” (int. 4)

Da quanto riferito comunque l'aspetto comunicativo risulta essere particolarmente problematico all'interno dell'azienda: spesso infatti il flusso informativo “a cascata” – che dovrebbe scaturire dalla particolare struttura gestionale dell'azienda – sembra non funziona adeguatamente.

Anche in questo caso appare necessario un cambiamento culturale, più che tecnologico: il governo clinico avviene all'interno dell'ufficio di direzione e viene concordato dai direttori di dipartimento e dalla direzione aziendale. Le strategie concordate in questa sede dovrebbero essere comunicate poi all'interno dei dipartimenti ma talvolta il modello comunicativo non funziona in quanto le informazioni da trasmettere vengono considerate elitarie e mantenute all'interno della direzione.

LA RIORGANIZZAZIONE PER I.D.C: ORGANIZZAZIONE E STRUTTURA

Il presente capitolo contiene le informazioni raccolte durante le interviste sul **sistema di regole** – procedure, protocolli e linee guida - per il funzionamento dei processi tecnici e gestionali precedentemente presentati e in particolare sui **cambiamenti intervenutiche** **hanno interessato le modalità operative** di medici e infermieri.

Infine sono illustrati i principali **strumenti** che, a quanto riferito nelle interviste, regolano i **flussi informativi, i processi comunicativi e il monitoraggio del servizio** all'interno dell'azienda.

L'ORGANIZZAZIONE PER I.D.C.

Il sistema di regole

Per ciò che concerne il sistema di regole e di procedure che disciplinano i processi interni all'azienda, dall'indagine condotta emerge chiaramente un panorama variegato ed in via di evoluzione. Come si è già avuto modo di evidenziare in precedenza, la riorganizzazione per intensità di cura si può considerare come l'ultimo tassello di un più ampio processo di trasformazione dell'ospedale che ha introdotto una radicale trasformazione degli spazi, della struttura amministrativa e direzionale e dell'organizzazione interna ai dipartimenti, con lo smantellamento dei classici reparti.

Risulta dunque difficile per gli intervistati stabilire quali innovazioni siano specificatamente da attribuire al nuovo modello organizzativo per intensità di cura, rispetto al più generale processo di revisione sia del sistema di regole che degli strumenti operativi che stanno vivendo.

È inoltre da considerare che i nuovi protocolli e le nuove procedure adottate in seguito alla riorganizzazione sono in gran parte sperimentali e, come si è già avuto modo di esporre, sottoposti ad aggiustamenti *in itinere*.

Secondo quanto riferito dagli intervistati, dal punto di vista organizzativo-gestionale con la dipartimentalizzazione è stato fatto un lavoro approfondito sui regolamenti che stabiliscono la struttura organizzativa e la suddivisione delle responsabilità.

Dal punto di vista tecnico-professionale, invece, la situazione risulta essere meno definita: anche se ogni dipartimento dispone del proprio sistema formalizzato di procedure e linee guida e di un insieme di protocolli trasversali a livello aziendale, sembra difficile al momento individuare e descrivere un sistema di regole strettamente connesso alla riorganizzazione per intensità di cura.

“Le modalità lavorative puoi protocollarle fino a un certo punto, la situazione del reparto non è standardizzabile, va vista giorno per giorno e l'organizzazione cambia a seconda delle situazioni,

sempre con l'intento di ottimizzare al millesimo spazi e tempi. Questo è uno degli aspetti più faticosi che ha comportato la riorganizzazione, fonte di continui arrangiamenti giornalieri non protocollabili.” (int. 11)

“Chi descrive queste reti è abituato a studiarle sulla carta ma il discorso è che se da neurochirurgia, mentre noi siamo di guardia, mi chiedono una consulenza, è ovvio che il chirurgo di guardia corra e vada a fare una consulenza. Loro appartengono al dipartimento di neuroscienze, io al dipartimento del DEA di medicina e chirurgia generale di urgenza.[...] Poi nel corso degli anni ci si diverte a cambiare le etichette ma la sostanza deve rimanere la stessa.” (int. 17)

Il ruolo dei medici e Il ruolo degli infermieri

Da quanto emerso dalle interviste risulta che il principale cambiamento che ha riguardato il ruolo dei medici attiene la referenza delle responsabilità: abbandonando la dimensione classica del reparto a favore di aree di degenza per gradi di intensità di cura al medico non sono più infatti attribuiti un numero definito di posti letto e una dotazione stabile di infermieri.

Questo cambiamento comporta che i medici debbano confrontarsi con modalità nuove nella gestione sia del paziente che delle risorse.

“Intanto si deve fare attenzione alle spese molto più di quanto si faceva prima, inoltre ci sono delle persone che non sono medici oppure che sono medici ma con ruoli gestionali, che possono contraddire i medici, mentre prima quello che diceva il medico era sacro e non si discuteva nella gestione davanti al paziente.” (int. 7)

Su questa nuova gestione operativa la modalità relazionale che si deve andare ad istituire sia tra differenti ordini di professionisti che tra i professionisti e i pazienti è l'elemento che crea le maggiori difficoltà, in particolare per i medici, in misura inferiore per gli infermieri.

“La difficoltà è quella di sostituire la vecchia figura primaria con la figura del responsabile di un'equipe professionale.” (int. 3)

“Questo cambiamento culturale deve ancora trovare una messa a regime, specialmente per la componente medica, proprio perché le aree sono a disposizione di tutti. Nella stessa area di attività oggi ci convive un ex primario con un altro ex primario, e anche il personale infermieristico, che magari è lo stesso, deve abituarti alle nuove modalità operative. L'assistenza è la stessa, non è che cambia a seconda del primario, ma prima ogni reparto aveva le proprie abitudini in merito al giro visite, alla richiesta di esami o al modo di riempire le cartelle cliniche.” (int. 6)

“Per i medici ci sono stati dei problemi maggiori, perché il medico stava bene: aveva la sua caposala, aveva i suoi infermieri, non vedeva un motivo reale per cambiare, è ovvio che la percezione del medico sia stata di perdita maggiore rispetto all'infermiere che è sempre stato più abituato a lavorare in gruppo, è il suo pregio e il suo difetto.” (int. 8)

“Comunque forse è stato un processo che è stato vissuto con più timore dai medici che dagli infermieri. Certo da parte degli infermieri ci sono state delle paure, magari il confronto con i colleghi o pensare di dover modificare completamente il proprio lavoro, però coinvolgendoli siamo riusciti a tranquillizzarli. Da parte della componente medica invece - prevalentemente per i direttori di alcune SOD - qui si trattava di perdere un po' la propria identità. L'etichetta sulla porta non era più “Prof. Tizio” e “Dott. Caio”, ma “I, II e III piano”, “ medio –bassa intensità”, “media intensità medico chirurgica” etc.” (int. 12)

Il comparto infermieristico sembra dunque aver beneficiato maggiormente e nell'immediato della riorganizzazione per intensità di cura, con l'acquisizione di un profilo professionale più complesso. È inoltre da sottolineare che la professione infermieristica stava già vivendo un'evoluzione più ampia del proprio profilo con il passaggio da un'assistenza per mansioni ad un'assistenza per settori.

Attualmente l'infermiere, coadiuvato dagli operatori socio sanitari, prende in carico un certo numero di pazienti gestendo tutte le mansioni comprese in un certo settore di assistenza²³ ed assumendosi la responsabilità di quei pazienti, e non più di una singola mansione.

“Nel corso della riorganizzazione si è passati da un'assistenza infermieristica per compiti ad un modello ideale che va verso l'assistenza individualizzata passando per l'assistenza per settori. Quindi l'infermiere ha visto modificare la propria prassi e questo ricade anche sul medico, perché ricercando una collaborazione multi-professionale anche il medico alla fine ha preso in carico un gruppo di pazienti e quello stesso gruppo di pazienti oggi si trova ad avere il suo infermiere e il suo medico di riferimento, anche se poi naturalmente può fare riferimento al direttore della struttura o al coordinatore per problemi diversi.” (int. 10)

“Dunque se io creo settori diversi di assistenza per gli infermieri diventa più semplice: la continuità di assistenza finisce nel momento avviene lo spostamento di livello del paziente. Per i medici è invece più complesso: come si fa a togliere al paziente un medico e affidarlo ad un altro nel corso dello stesso ricovero? Dunque è stata necessaria una riorganizzazione e sono gli stessi medici a muoversi.” (int. 9)

Da quanto riferito, è inoltre in corso di implementazione della dotazione dei cosiddetti *DS professional*, infermieri con competenze avanzate la cui presenza è stata prevista anche nelle aree dove non è stata ancora introdotta la riorganizzazione (da quanto emerso da un'intervista ne sarebbero stati formati 200).

I responsabili infermieristici intervistati, fanno però notare che è necessario trovare un equilibrio tra i gradi di intensità di cura e i gradi di complessità assistenziale, criteri che non

²³ I settori di assistenza sono contrassegnati da colori differenti

sempre coincidono: paradossalmente infatti un paziente ricoverato in alta intensità può avere una complessità assistenziale minore di un paziente di bassa intensità. La complessità assistenziale, cioè l'insieme delle operazioni di assistenza di cui un paziente necessita, è legata a tre variabili: la dipendenza, l'instabilità clinica del soggetto e la capacità del soggetto di interagire con il personale sanitario.

Un'attenta valutazione di questi due parametri risulta necessaria per stabilire la dotazione di infermieri per un'area di degenza, nel rispetto dell'obiettivo di ottimizzazione del personale ma, al tempo stesso, andando a sopperire a quelle situazioni di carenza di personale infermieristico oggi presenti.

“Questa discussione in ambito infermieristico ha portato ad accelerare in alcune aree del nostro ospedale la ricerca di mettere insieme una via di mezzo tra intensità di cura e complessità assistenziale. Per questo, per capire quanto assorbimento di risorse richiede un'area di un certo livello, a fronte di questa ipotesi concettuale che il nostro collegio aveva fatto, abbiamo proprio quest'anno in alcune realtà ospedaliere partecipato alla rilevazione della complessità assistenziale. Per cinque mesi, tutti i pazienti che sono circolati nel nostro ospedale, in alcuni ambiti di chirurgia e di medicina, sono stati registrati secondo un criterio definito dal nostro ordine di sky map, per mostrare che per noi complessità assistenziale vuol dire una certa cosa e che domani questo assorbirà tot infermieri e tot operatori sanitari.” (int. 6)

Gli strumenti operativi

Da quanto emerso durante l'indagine anche la revisione degli strumenti operativi sembra essere un processo precedente all'introduzione della riorganizzazione per intensità di cura e trasversale rispetto ai diversi ambiti coinvolti dal percorso di sviluppo intrapreso dall'azienda negli ultimi anni.

L'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi si colloca all'interno del **programma RIS-PACS²⁴** - un sistema unico di diagnostica per immagini di gestione per l'intera area vasta – che, oltre a mettere in rete l'ospedale con le altre strutture radiologiche del territorio, ha consentito la digitalizzazione e la trasmissione informatizzata delle immagini tra i differenti padiglioni. Un simile processo di integrazione si dovrebbe sviluppare in futuro sia per le sale operatorie che per gli angiografi.

“Stiamo arrivando anche ad una “piazza unica”, cioè all'unificazione di tutti gli angiografi. Oggi abbiamo una dozzina di angiografi in gran parte dispersi per i vari padiglioni e stiamo cercando di concentrarli. Il progetto è quello di arrivare presto ad un unico blocco vicino al blocco operatorio – dove secondo la stessa logica verranno convogliate le sale operatorie attualmente

²⁴ Radiology Information System e Picture Archiving and Communication System

sparse – e si realizzeranno delle aree miste, delle sale operatorie cosiddette ibride dove c'è anche l'angiografo. Si va anche verso l'unitarietà strutturale che necessita di una base informativa unica necessariamente” (int. 3)

Aldilà di questo sistema diagnostico emerge chiaramente dalle interviste che la riorganizzazione per intensità di cura, introducendo una nuova modalità lavorativa basata sul lavoro di equipe, sulla continuità assistenziale e sulla centralità del paziente, richiede per essere efficace la costruzione di nuovi strumenti per l'informatizzazione dei modelli di comunicazione.

Da quanto riferito attualmente all'interno dei dipartimenti maggiormente coinvolti dalla riorganizzazione sono stati informatizzati gli *open space* ed è stata adottata la **scheda terapeutica unica di dipartimento**.

A partire dall'autunno, inoltre, nel dipartimento DEA e Medicina e Chirurgia d'urgenza dovrebbe essere avviata, in collaborazione con il centro regionale per il rischio clinico, la sperimentazione della **cartella clinica informatizzata** che, secondo il parere degli intervistati, consentirà un importante passo in avanti nell'ottimizzazione del sistema informativo

“C'è stata l'informatizzazione del reparto, perché avendo qua pazienti nell'open space che appartengono a vari gruppi, c'è un computer del bancone centrale dove appaiono i nominativi dei pazienti con codici-colore diversi, per individuare il paziente operato dai vari dottori. La cartella clinica è unica per tutti. Quindi c'è una cartella clinica che si rifà alla comunicazione della Regione per le indicazioni di management. Non abbiamo ancora una cartella informatizzata e abbiamo chiesto, come open space di chirurgia d'urgenza, di partecipare ad un progetto sperimentale, che dovrebbe partire dopo l'estate, di sperimentazione della cartella clinica informatizzata. Quindi non più medico e infermiere che fanno la visita con blocco notes e la vecchie cartelle cartacee, ma con computer in cui aggiungono direttamente le informazioni” (int. 17)

Rispetto a questi strumenti la situazione non sembra essere omogenea a livello aziendale, come si può evincere dalle testimonianze riportate di seguito:

“La cartella clinica informatizzata è una realtà un pochino più lontana non dappertutto uguale, c'è qualche esperimento più avanzato e ci sono sicuramente dei modelli che sono anche nel caso nostro attuali. Abbiamo più di una sperimentazione in corso, siamo anni luce dall'essere un ospedale come qualsiasi altra realtà... La cartella clinica informatizzata, come noi spesso riscontriamo, ne abbiamo dei pezzi, anche questo è un modello. Si sta costruendo perché in alcune sedi ci sono dei modelli. Careggi è un grande laboratorio, ci sono dei modelli, degli esperimenti che ormai sono consolidati, non le nascondo che conosco un prodotto interno che è molto migliore di quelli commerciali che ho visto. Però non sono sicuro che reggerà all'applicazione massiva, stiamo valutando questo come possibilità.” (int. 2)

“Non direi che ci siano grossi modelli innovativi: a parte i modelli di qualche tecnico che gestisce con Excel l'accesso nelle aree di degenza, direi di no. Non mi sembra che chi si trova nelle aree comuni di degenza viva il cambiamento in modo soddisfacente. [...]lo tutto questo florilegio di modelli di

comunicazione, informazione e gestione non li ho ancora visti. Io sto cercando di avere una scheda clinica comune per i pazienti anziani fragili, che sono quelli per una banalità si infilano in situazioni pericolose, ancora non c'è stato modo di averla. Si rende conto che la maggior parte dei pazienti che arrivano in ospedale non hanno neanche la copia della cartella del medico di medicina generale?!” (int. 16)

Appare inoltre da segnalare, in alcuni casi, l'introduzione di **sistemi innovativi di prenotazione per la gestione delle sale operatorie**.

Il sistema informativo di monitoraggio

Da quanto emerso l'attività aziendale è monitorata sia rispetto al contesto organizzativo che rispetto alla qualità del servizio offerto.

A livello organizzativo e gestionale il monitoraggio sembra essere assicurato dal sistema della contabilità che è in grado di registrare l'attività sia a livello dipartimentale che per ogni singola area di attività.

“L'organizzazione segue il criterio che tutte le risorse sono dipartimentali, e ogni vecchia unità operative appartiene ad un medico: quindi se un medico va in sala operatoria e fa un intervento chirurgico, io riesco a sapere che quell'intervento è stato fatto in una determinata sala e ed è quindi attribuibile ad una determinata unità operativa, quindi ho un monitoraggio capillare anche dei costi.” (int. 1)

Inoltre viene riferito che a partire dal 1999 l'azienda ha organizzato dei corsi di formazione di management sanitario per implementare del capacità manageriali del comparto medico, come richiesto dal nuovo modello gestionale.

La qualità del servizio offerto viene monitorata attraverso il sistema informativo aziendale interno per la parte relativa a dati di processo e di esito, mentre la qualità percepita è rilevata attraverso le indagini svolte a livello regionale dall'istituto Sant'Anna di Pisa, anche se sembra siano state attivate anche alcune iniziative a livello dipartimentale in merito²⁵.

Da quanto emerso possiamo affermare che non sono stati introdotti indicatori specifici per il monitoraggio del servizio in relazione alla riorganizzazione per intensità di cura.

²⁵ Ci si riferisce in questo caso alla campagna di ascolto dei pazienti che sembra essere stata attivata all'interno del Dipartimento DEA e Medicina e Chirurgia d'urgenza durante le fasi di “aggiustamento” che hanno seguito la riorganizzazione per intensità di cura.

Per alcuni intervistati questi indicatori non risultano essere essenziali in quanto la riorganizzazione non è da considerarsi una sperimentazione, e la valutazione, una volta che il sistema sarà a regime, potrà essere evinta attraverso il sistema di monitoraggio esistente. Altri reputano invece necessario elaborare un sistema di monitoraggio specifico per il monitoraggio della qualità del servizio in relazione al nuovo modello organizzativo.

La gestione

Come introdotto nel capitolo precedente la riorganizzazione per intensità di cura ha determinato l'avvio di un processo di ridefinizione dei ruoli professionali e di attribuzione di responsabilità che si è andato a sommare alla revisione del sistema dipartimentale introdotta con l'Atto Aziendale del 2008.

Secondo quanto riferito dagli intervistati, attualmente a livello organizzativo, oltre al direttore di dipartimento, sono state istituite le seguenti figure:

- **responsabile medico di direzione sanitaria;**
- **responsabile amministrativo;**
- **responsabile infermieristico.**

Queste figure, istituite con l'ultimo Atto Aziendale e nuove rispetto al contesto nazionale, sono state tutte individuate attraverso degli incarichi e sono direttamente impegnate nella riorganizzazione degli ambiti di intensità di cura all'interno dei dipartimenti.

Tutti gli intervistati concordano nell'affermare che non è stata individuata nessuna figura di *network manager*. Mentre per alcuni un ruolo assimilabile a quello del network manager è svolto dal Direttore Sanitario, per altri è impossibile affidare il coordinamento della rete interna all'azienda ad un'unica figura, quindi tale compito sarebbe svolto dai diversi coordinatori che si dividono per tipo di patologia e livello di intensità.

LA STRUTTURA DELLA RETE

Da quanto emerso dall'indagine, all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria di Careggi, l'introduzione del modello organizzativo per intensità di cura non è coinciso con l'introduzione di uno specifico modello di rete. Come preannunciato nell'introduzione, nella

conduzione dell'intervista non è stato possibile chiedere indicazioni specifiche sui modelli e le dimensioni di rete a cui il progetto si sarebbe maggiormente ispirato: spesso si è riscontrato infatti un'incapacità diffusa tra gli intervistati a pensare al proprio contesto lavorativo come ad una realtà in rete. È inoltre emerso chiaramente dall'intervista test che non era possibile parlare di rete al singolare: il ruolo, la *mission* e l'organizzazione dell'azienda determinano la coesistenza di più network che si assestano a livelli differenti:

- La rete **intradipartimentale**;
- La rete **interdipartimentale**;
- La rete di **Area Vasta**;

La **rete intradipartimentale** racchiude il sistema di relazioni che sussistono all'interno di uno stesso dipartimento e che regola l'interazione tra le SOD e, all'interno delle stesse, tra le aree di attività.

Da quanto emerso, questo sistema è in una fase di completa ristrutturazione: l'abbandono del modello strutturale dei reparti e l'introduzione, laddove avvenuta, dell'organizzazione per intensità di cura ha infatti determinato una totale revisione dell'organizzazione del personale all'interno del dipartimento e dei processi comunicativi (come analizzato nel paragrafo precedente).

Sebbene la riorganizzazione dei percorsi assistenziali sia in gran parte un processo ancora *in progress*, sembra possibile affermare che si stiano delineando due principali dimensioni: una **dimensione orizzontale** – cioè all'interno di zone con lo stesso grado di intensità di cura – che nasce dallo smantellamento dei reparti e dalla creazione di aree di degenza comune dove operano contemporaneamente più equipe di professionisti; una **dimensione verticale** – cioè tra zone con differente grado di intensità – che nasce dall'applicazione del principio della continuità assistenziale e la strutturazione di percorsi assistenziali centrati sul paziente.

Attualmente, nei dipartimenti coinvolti dalla riorganizzazione, la prima dimensione appare essere più sviluppata rispetto alla seconda (si rimanda agli approfondimenti sull'organizzazione del Dipartimento del Cuore e dei Vasi e del Dipartimento DEA e e Medicina e Chirurgia d'urgenza).

La **rete interdipartimentale** risulta essere meno omogenea: se le relazioni si sono intensificate tra le strutture dipartimentali che sono state accorpate ²⁶ con l'ultimo atto aziendale, per quanto concerne gli altri dipartimenti le relazioni sembrano essere ad uno stadio embrionale.

“Le relazioni tra dipartimenti stanno forse iniziando a svilupparsi ora perché un po' tutti gli attori, anche i responsabili di governo, hanno dovuto prima mettersi addosso l'organizzazione per dipartimenti, quindi in qualche modo c'è stata una prima fase in cui si è dovuto modificare il sentimento di appartenenza. Infatti si doveva traslare il sentimento di appartenenza dal piccolo gruppo alla famiglia più grossa. Come sappiamo se si impiegano le energie sulla costruzione della famiglia sicuramente se ne hanno meno per costruire le relazioni esterne”.(int. 10)

“Quando nasce un nuovo modello organizzativo per farlo crescere sul territorio occorre dargli una forte autonomia e una struttura rigida; in questo modo si fortifica il dipartimento e quando dopo un paio d'anni esso è forte può nascere l'esigenza di collegarlo con gli altri. Sicuramente l'intensità di cure aiuta questo collegamento tra dipartimenti, questa rete, perché all'interno del percorso di uno stesso paziente si ritrovano strutture di dipartimenti differenti. Ora per esempio è difficile concepire un dipartimento di emergenza staccato da uno cardiovascolare”. (int. 4)

Contraria è invece la posizione di chi sostiene che una rete interdipartimentale sia sempre esistita ma che è difficile da descrivere perché si sviluppa attraverso canali non strutturati: l'organizzazione a padiglioni che contraddistingue Careggi fin dalla sua nascita avrebbe infatti, da sempre, presupposto una rete trasversale di servizi e di relazioni.

Risulta comunque diffusa l'aspettativa che, con il termine del piano di ristrutturazione edilizia (che come abbiamo visto in precedenza andrà a configurare una cittadella ospedaliera strutturata per gradi di intensità di cura), si svilupperanno numerosi percorsi assistenziali trasversali ai dipartimenti (come è già avvenuto per la chirurgia²⁷).

Nonostante i dipartimenti siano nati sulla base di uno specifico percorso assistenziale, infatti, non è comunque sempre possibile dare risposta all'intero percorso assistenziale all'interno di un unico dipartimento.

²⁶ Si pensi ad esempio a quelle strutture che prima lavoravano nel dipartimento di medicina e chirurgia e che, mediante l'ultimo Atto Aziendale, sono state trasferite nell'attuale dipartimento DEA e Medicina e Chirurgia d'urgenza. In questo caso si è verificato un importante aggiustamento della mission dipartimentale: le medicine che prima lavoravano nella quota dei ricoveri programmati, ad esempio, non sentivano realmente propria la funzione di accoglienza dei malati del pronto soccorso. Avevano quindi una percentuale di malati presi direttamente dal territorio di gran lunga più alta rispetto a quella che hanno oggi, segno che è avvenuta una maggiore comprensione della missione che l'Azienda gli affida e che il dipartimento è tenuto a rispettare.

²⁷ Come avvenuto nel nuovo dipartimento DEA e Medicina e Chirurgia d'urgenza dove sono state accorpate le chirurgie di differenti dipartimenti (si veda anche la nota sopra).

“Io penso che la terminologia DAI - Dipartimenti ad Attività Integrata - già di per sé indichi la presenza di una rete di collaborazione, che si esplica sicuramente attraverso la consulenza e l'indirizzo verso il dipartimento più appropriato. Poste in salvo le specificità dei dipartimenti, c'è una ricerca di modalità di lavoro comuni e trasversali.” (int. 6)

La rete di Area vasta è la rete che vede l'Azienda Ospedaliera Universitaria inserita nel territorio: da quanto emerge dalle interviste appare necessario analizzare le due diverse dimensioni che la caratterizzano.

Se si considera il **flusso di ingresso dei pazienti (cioè la direzione territorio → ospedale)**, si può affermare che all'interno dell'Area Vasta Centro l'ospedale di Careggi è un ospedale di terzo livello e quindi ha una *mission* dedicata all'alta specialità: rappresenta cioè un *hub* rispetto agli *spokes* che sono costituiti dai presidi territoriali minori.

Ciò nonostante l'azienda mantiene un importante ruolo anche come ospedale territoriale rappresentando un punto di riferimento per i cittadini²⁸ e accogliendo, attraverso il pronto soccorso, le urgenze assistenziali provenienti dall'area nord della città e dall'area di Sesto Fiorentino.

Inoltre la presenza della componente Universitaria fa sì che per esigenze di didattica e di formazione l'ospedale continui ad accogliere una casistica il più possibile assortita.

Se invece si considera il **flusso di uscita dei pazienti (cioè la direzione ospedale → territorio)**, all'interno dell'ospedale di Careggi, per quanto detto sopra, l'applicazione del modello organizzativo per intensità di cura dovrebbe incrementare un'assistenza di media e alta intensità, demandando invece al territorio di Area Vasta l'assistenza di bassa intensità e l'attività riabilitativa. In quest'ottica la riorganizzazione per intensità di cura potrebbe offrire importanti possibilità nel migliorare il collegamento tra assistenza ospedaliera e territorio: attivare le strutture territoriali potrebbe infatti contribuire al loro miglioramento.

Da quanto emerge dalle interviste, tuttavia, questo modello ha grandi difficoltà e risulta in buona parte da costruire.

“In tutto questo meccanismo dell'alta intensità, l'anello che forse è più carente, è il mancato coinvolgimento dei medici della medicina generale. I vari hospice o le varie lungo degenze dovrebbero essere assolutamente incrementate. Oggi si tende sempre di più a una dimissione

²⁸ In quest'ottica risulta tuttavia molto importante il ruolo di “smistamento” degli accessi effettuato tramite il servizio 118.

veloce, il paziente va a casa con una necessità di cura maggiore, quindi ci vuole maggiore coinvolgimento del territorio, che non mi però essere organizzato con un'adeguata rete delle strutture". (int. 17)

"Secondo me, il modello dell'intensità di cura è un modello abbastanza teorico, che funziona quando tutto il sistema funziona. Ma quando c'è un territorio che non gestisce una patologia acuta anche se banale, si rischia che l'ospedale venga invaso da una serie di patologie che potrebbero essere gestite sul territorio. Quindi credo che il modello di intensità di cura sia una bellissima elucubrazione teorica ma che poi alla fine significa che io entro acuto nell'ospedale, vado in terapia intensiva, sto guarendo e vado in sub-intensiva, e poi esco. La maggior parte dei pazienti che arrivano non devono andare in terapia intensiva, dovrebbero piuttosto andare in terapia media o bassa intensità". (int. 16)

A tal fine, anche in ottemperanza ad una legge regionale, l'azienda ha costituito un'agenzia per la continuità assistenziale extraospedaliera, dove un gruppo medico dovrebbe gestire tutto il percorso del paziente in uscita dall'ospedale. Questa agenzia dovrebbe quindi assicurare anche il mantenimento delle prestazioni assistenziali per i malati cronici, a prescindere dalla specializzazione dell'ospedale sul trattamento delle acuzie.

Ed è proprio la diminuzione di attenzione verso i malati cronici che la riorganizzazione per intensità di cura comporta – che tuttavia per i cambiamenti demografici in atto sarebbero in aumento – che, secondo il parere di alcuni intervistati, si potrebbe assistere nel tempo ad una paradossale riduzione della qualità e dell'equità del servizio (v. capitolo dedicato alla valutazione).

VALUTAZIONE E PROSPETTIVE

In questo ultimo capitolo si procederà ad illustrare le **valutazioni di successo o insuccesso della riorganizzazione per intensità di cura** che gli intervistati hanno fornito.

Nella prima parte si approfondiranno le dimensioni della **qualità** e della **sostenibilità** del processo stesso. Nella seconda saranno descritte le **barriere** e dei **fattori favorevoli** del processo di riorganizzazione e una valutazione delle **criticità** che tale processo ha determinato.

A conclusione verranno riportate le indicazioni emerse in relazione ai **tempi necessari per la conclusione del processo** e le **prospettive future**.

quanto emerso relativamente al sistema di monitoraggio e riportato nel capitolo precedente – la mancanza cioè di un sistema di indicatori specifici per il monitoraggio e la valutazione della riorganizzazione per intensità di cura – impone di esplicitare che gli intervistati hanno fornito una valutazione in base alla loro percezione, ma senza il sostegno di dati e rilevazioni né di tipo quantitativo né di tipo qualitativo. Inoltre molti di loro hanno premesso che essendo ancora in corso le operazioni per l'applicazione del nuovo modello organizzativo, la valutazione fornita è da considerarsi provvisoria.

Qualità del servizio e sostenibilità della riorganizzazione

La valutazione sulla qualità del servizio rispetto al nuovo modello organizzativo segue l'andamento dicotomico presentato fin dalla fase introduttiva, rispecchiando la contrapposizione tra soggetti favorevoli e non favorevoli alla riorganizzazione per intensità di cura che emerge costantemente in tutto il rapporto.

I favorevoli esprimono la percezione di un complessivo miglioramento del servizio dovuto al buon funzionamento del nuovo modello organizzativo.

“La percezione è buona, altrimenti si sarebbe tornati indietro. In entrambi i grandi settori in cui è stata applicata la percezione è molto buona. Anche in settori più piccoli in cui non si è realizzata proprio l'intensità di cura ma siamo andati a correggere degli aspetti in quella direzione... devo dire che sta funzionando” (int. 4)

Il valore aggiunto della riorganizzazione sarebbe da ricondurre all'incremento dell'efficienza del sistema, cioè nel fatto che la qualità del servizio – anche quella percepita dai pazienti – sarebbe rimasta immutata nonostante la razionalizzazione delle risorse (riduzione delle spese) e la riduzione dei tempi di degenza.

“Il guadagno in termini di efficienza, il fatto di non aver fatto passi indietro secondo me è un risultato da sottolineare. Cioè se la qualità percepita dagli utenti prima la si otteneva con 15 giorni di ricovero, i pazienti erano contenti perché si sentivano presi in carico e assistiti, oggi abbiamo gli stessi risultati con 6/7 giorni di ricovero, allora io penso che anche se il risultato è rimasto invariato va considerato comunque come un risultato migliore.” (int. 10)

Viene inoltre reso noto da alcune testimonianze che il paziente in attesa della valutazione di instabilità clinica, prima cioè dell'assegnazione dell'adeguato grado di intensità di cura, viene trattato come paziente di alta intensità:

“Bisogna poi considerare che nella prima esperienza dei prof. Morettini e Nozzoli anche il paziente mandato dal pronto soccorso, magari in attesa di essere considerato di alta o bassa intensità, è stato sempre valutato come di alta intensità. Questo mi sento proprio in dovere di dirlo: un paziente a cui viene fatta la diagnosi è sempre instabile per definizione e ci se ne fa carico di più rispetto a chi già è conosciuto, magari lo si tiene un giorno in più in alta intensità.” (int. 6)

I **non favorevoli** al processo di riorganizzazione per intensità di cura riferiscono invece l'impressione che, rispondendo a loro avviso esclusivamente a necessità economiche, a fronte di una razionalizzazione delle risorse e non è corrisposto un miglioramento del sistema di cura ed assistenza. Inoltre alcuni, come si è già avuto modo di sottolineare, sostengono l'incompatibilità tra la creazione di un ospedale per acuti e i cambiamenti delle esigenze di cura di una popolazione sempre più anziana in cui si registra un aumento delle patologie croniche.

“Io faccio questo mestiere da 30 anni, e come soddisfazione dell'utenza e anche di medici e infermieri, eravamo tutti più soddisfatti 20 anni fa. Si cambiano le etichette, ma chi fa veramente la qualità sono gli uomini: sono i bravi infermieri e i bravi medici, inseriti in un'organizzazione che dovrebbe semplificare loro la vita e non complicarla.” (int. 17)

La percezione è che non si sia razionalizzato il sistema per livello di intensità e quindi per assorbimento di risorse tecnologiche infermieristiche ma sostanzialmente si è razionalizzato, accorpando delle aree comuni di degenza delle vecchie unità operative, con grossi potenziali effetti negativi sul livello della qualità delle cure. Parlando con i colleghi e con la gente, si percepisce il disagio. [...] Tra dieci anni il problema sarà ancora più grosso, perché il modello per intensità di cure non può essere solo ospedaliero ma deve essere trasversale tra l'ospedali e il territorio. Ci si può organizzare come si vuole in ospedale secondo il modello dell'intensità di cure ma rimane sempre il problema della cronicità e della riacutizzazione nella cronicità che è un problema territoriale, e non mi sembra che ci siano passi in avanti.” (int. 16)

Una situazione che, come è stato affermato, risulterebbe aggravata da una carenza di strutture territoriali che per gli utenti che versano in particolari condizioni di indigenza – si pensi ad esempio agli *homeless* –, potrebbe determinare una riduzione della garanzia dell'assistenza rispetto al tradizionale sistema di ricovero ospedaliero.

Per quanto riguarda il **rapporto coi pazienti**, la qualità percepita sembra essere migliorata (per lo meno nei dipartimenti coinvolti dal processo): anche se il nuovo modello organizzativo non risulta essere immediatamente comprensibile per i pazienti, la presenza di percorsi ad hoc per le acuzie, dotati di tecnologie avanzate e personale adeguatamente competente, costituirebbe un fattore di sicurezza facilmente percepibile.

“Mi risulta che i ricorsi all’URP e le note negative ricevute dai settori addetti alla ricezione, siano stati un numero non rilevante.” (int. 12)

“L'utente se ne è reso conto, perché a volte doveva essere cambiato da una stanza all'altra a seconda delle necessità. I trasferimenti dei pazienti hanno rappresentato una delle criticità, spostare il paziente da un settore all'altro, sia per il personale che per i pazienti stessi. Per il personale, perché aumentava il lavoro e per il paziente, perché rimaneva interdetto. Poi però capiva che dove andava trovava un altro paziente simile a lui, con cui relazionarsi, e percepiva il suo miglioramento, senza soffrire dello stato di salute di chi gli stava accanto. Sicuramente è meglio per un paziente migliorato stare con un paziente con una situazione analoga, invece che con un paziente che sta peggio di lui.” (int. 9)

Secondo alcuni intervistati non sarebbe possibile presentare al paziente il modello per intensità di cura nel momento in cui accede all'ospedale, ma andrebbe elaborato un piano di comunicazione aziendale più ampio, rivolto all'intera cittadinanza, che introduca i principi che sono alla base del modello.

“Io capisco che è molto difficile anche per gli amministratori lavorare in questo senso. Però, ad esempio, a me risulta che per le protesi d'anca è stato fatto a Fucecchio un reparto, e piano piano i pazienti si renderanno conto che per la protesi d'anca non devono venire a Firenze a Careggi ma possono andare in altre strutture dove comunque ci sono persone super specializzate e ad altissimo livello. Se si facessero crescere certe realtà, e se si spiegasse che non c'è bisogno di venire necessariamente a Careggi per essere curati, forse le cose cambierebbero.” (int. 7)

Altri invece sostengono che al momento della pre-ospedalizzazione per interventi chirurgici, e quindi per quella parte di attività programmata e non di urgenza, il paziente dovrebbe essere informato dell'organizzazione che viene data al percorso di elezione, e che questo secondo loro starebbe in parte già avvenendo.

Il rapporto tra medico e paziente risulta essere comunque in fase di completa revisione: il cambiamento, tuttavia, andrebbe collocato più indietro nel tempo, con l'adozione del

cosiddetto processo del consenso informato che ha rappresentato il primo passo per una reale centralità del paziente rispetto all'organizzazione assistenziale.

La qualità delle relazioni tra i professionisti appare migliorata ma ulteriormente migliorabile: l'organizzazione aziendale è complessa e i processi di cambiamento che stanno coinvolgendo l'ospedale – in particolare la cantierizzazione e la riorganizzazione per intensità di cura – hanno determinato situazioni di stress per molti dipendenti. Ciò nonostante l'aver introdotto il nuovo modello organizzativo sembra aver stimolato positivamente il sistema relazionale e la tensione verso l'efficienza può dare ai dipendenti l'impressione che qualcosa stia realmente cambiando aprendo loro nuove prospettive professionali (soprattutto per quanto riguarda la professione infermieristica).

La ristrutturazione degli spazi, inoltre, sembra favorire un sistema relazionale qualitativamente migliore sia per quanto riguarda le modalità lavorative che per quanto riguarda i rapporti personali tra i colleghi.

“Fino a qualche anno fa nel classico reparto ospedaliero da una parte c'erano le camere di degenza, da un'altra i servizi, nel mezzo un corridoio, a metà una stanza, chiusa, della capo-sala. Nelle nuove strutture si segue invece un altro modello, si chiamano corpi quintupli: ci sono le camere di degenza, una struttura di servizio centrale, due corridoi. Le strutture di servizio centrali non sono chiuse ma sono banconi aperti, è qui che si svolge l'attività dei capo-sala e del personale medico, la gestione non è più, anche fisicamente, un fatto chiuso: questo è l'esempio più classico per comprendere il cambiamento delle relazioni tra i medici e gli infermieri e tra gli infermieri e il resto del personale nella gestione del reparto. Il cuore pulsante del reparto è fuori, è alla luce del sole, e questo cambia molto i rapporti.” (int. 4)

“Faccio un esempio molto particolare, quello della mensa. È stata fatta una mensa nuova, quando c'era la mensa vecchia andavano 400 persone a mangiare, con la mensa nuova sono diventate 600 anche se la forniture dei servizi è rimasta della solita ditta. Questo per dire quanto possa essere importante un edificio più adeguato più aggiornato, più bello.” (int. 5)

Anche il **benessere organizzativo** sembra dunque essere in fase di crescita: nonostante la riorganizzazione necessiti di un periodo di sedimentazione del cambiamento, infatti, la percezione è che gli organi di staff abbiano vissuto e continuino a vivere questo momento come un'opportunità.

Inoltre, l'assenza di un modello applicativo di riferimento, ha fatto sì che il processo abbia trasformato l'ospedale di Careggi in un grande laboratorio sperimentale rispetto alle nuove modalità organizzative di cui l'applicazione dell'organizzazione per intensità di cura necessita.

Alcuni intervistati fanno tuttavia presente che un reale benessere organizzativo risulta essere incompatibile rispetto al sistema sanitario attuale, ancora caratterizzato da una struttura burocratica “pesante”.

Non sembrano invece esserci dubbi circa la **sostenibilità economica del processo** che dovrebbe crescere gradualmente con l’applicazione del nuovo modello all’interno dell’azienda.

Barriere e fattori favorenti

A prescindere delle difficoltà di contesto che sono state analizzate nelle altre sezioni del rapporto, le principali **barriere** emerse che secondo gli intervistati il processo di riorganizzazione per intensità di cura ha incontrato – e sta tuttora incontrando – sono:

- la **fisiologica resistenza al cambiamento e l’impatto culturale** del nuovo modello organizzativo.

“il fatto di lavorare insieme non è culturalmente ancora acquisito. L’ostacolo è la conservazione, cioè il nuovo fa sempre paura. Firenze è una città abbastanza conservatrice, nonostante non lo sembri così. È il cambiamento che fa paura, qualunque esso sia.. Il nuovo in sé spaventa perché il vecchio in un certo senso è confortante, evidentemente per molti è confortante. Devo dire se c’è una cosa da abbattere è la paura del cambiamento, questo è l’elemento che io vedo come eventuale ostacolo.” (int. 5)

Il cambiamento delle abitudini lavorative emerge come nodo centrale e la resistenza a questo cambiamento determina grosse difficoltà nell’adozione delle nuove modalità operative. Alcuni intervistati ritengono perciò essenziale al successo dell’operazione investire risorse per diffondere la comprensione del nuovo modello organizzativo e stimolare la partecipazione degli operatori anche a livello emozionale.

- **L’ostacolo logistico-edilizio** rappresentato dalle numerose cantierizzazioni:

“Se lei guarda Careggi dall’alto, sembra un cantiere: c’è rumore e con il disagio che immagini può nascere da tutto questo. Facciamo un lavoro che dovrebbe essere fatto con calma e silenzio in mezzo a un cantiere, che per definizione è il posto meno calmo e silenzioso del mondo.” (int. 13)

La qualità del lavoro appare fortemente condizionata dalla presenza di numerosi cantieri. Inoltre l’imponente piano di ristrutturazione edilizia pone dei limiti temporali concreti alla riorganizzazione perché, come dimostrano i dipartimenti in cui questa è stata effettivamente avviata, la strutturazione dei dipartimenti per livelli di intensità di cura non può prescindere dalla disponibilità di spazi adeguati. fino a che non saranno definitive,

almeno per 3-4 anni, le variazioni architettoniche di questo ospedale, che sono enormi, ci sarà qualche ostacolo.

- le **dimensioni** dell'Azienda e la sua particolare **struttura a padiglioni**:

la presenza di quasi 6000 dipendenti e di molte differenti figure professionali rende il cambiamento dell'organizzazione e della gestione delle attività molto impegnativo.

La struttura a padiglioni genera la compresenza di molti percorsi assistenziali ed un modello di organizzazione per intensità di cura molto più articolato rispetto a quello che si potrebbe realizzare all'interno di un monoblocco.

- **il sistema gerarchico tradizionale**: appare particolarmente complesso de-strutturare il sistema gerarchico e identitario che storicamente caratterizza il modello classico del "reparto".
- **l'eccessiva attenzione agli aspetti economici**, infine, sembra minacciare la dimensione qualitativa dell'ospedale e crea diffidenza negli operatori.

Inoltre è da segnalare che la **creazione di un'azienda mista ospedaliero – universitaria**, inoltre, se in un primo momento ha funzionato come volano per lo sviluppo, in questa fase porrebbe secondo molti determinati limiti (ad esempio spingendo per il mantenimento di alcune specialità e ponendo invece resistenza alla fusione di alcune di esse).

Sono invece da annoverare tra i **fattori favorenti** individuati dagli intervistati:

- **la riorganizzazione strutturale degli spazi**: il piano di ristrutturazione edilizia, anche se annoverato tra le barriere, ha di fatto rappresentato un importante motore per il cambiamento organizzativo. Inoltre, come abbiamo visto, la ristrutturazione fin dall'inizio progettata secondo i criteri dell'intensità di cura.
- **la motivazione della leadership**: il processo è stato messo in moto grazie alla presenza di molti professionisti che hanno creduto nel progetto hanno sostenuto la realizzazione di questo percorso pur non avendo inizialmente alcuna garanzia di riuscita.
- **l'aspetto istituzionale e normativo**.
- **L'allineamento delle diverse volontà interessate**: la volontà politica e istituzionale, la direzione generale e la direzione sanitaria.
- **La presenza di specializzandi** che, formandosi in un sistema organizzativo innovativo, sviluppano una predisposizione al cambiamento.

Emergono infine alcune **criticità** che si sono determinate con l'introduzione del nuovo modello e che, secondo il parere di alcuni intervistati, necessitano di particolare attenzione nello sviluppo del processo.

La creazione di aree di degenza comune può divenire talvolta problematica qualora si verifichi la vicinanza tra pazienti con problematiche simili ma poco compatibili: la vicinanza tra un paziente che accede all'ospedale con un infarto miocardico in corso e un paziente uscito dalla sala operatorio, ad esempio, pone problemi in termini di rischio di infezioni.

Inoltre si verificherebbero situazioni in cui il rapporto con il paziente risulta essere disumanizzato dato l'aumento del *turn over* dei pazienti rispetto, ad esempio, ai letti della terapia intensiva.

Un'altra criticità può essere rappresentata dai trasferimenti dei pazienti da un settore all'altro: questo può infatti determinare sia un carico di lavoro pesante per il personale che, se non ben motivato potrebbe disorientare il paziente

Un ulteriore motivo di disorientamento per il paziente potrebbe poi essere determinato dalla presenza di più equipe di professionisti nella stessa area di degenza.

“Dal punto di vista dell'utenza, c'è stata una ricaduta non sempre completamente positiva, perché in una stanza, per fortuna a due letti, ci può essere il paziente operato da uno del mio gruppo e un altro paziente operato dal gruppo di Moretti. I camici bianchi sono bianchi per tutti. Quindi entra uno dei miei a fare la visita, e guarda ovviamente il paziente che è stato operato da noi ed è sotto la nostra responsabilità, e il paziente a fianco chiede: “dottore, ma a me non guarda?”. Poi capita che la gente sa che qui c'è una parte della degenza e io mi trovo parenti che vengono a chiedere notizie, e mi dicono “qui c'è scritto Dott. Valeri, e si pensava che fosse tutto suo”. Quindi c'è un aspetto di perdita di identità.” (int. 17)

Infine, come si è già avuto modo di dire, si registrerebbero alcune difficoltà nell'elaborazione dei criteri che stabiliscono la complessità assistenziale dei paziente. Quest'ultima è alla base della definizione dei nuovi modelli assistenziali, quindi necessaria per determinare il numero di infermieri necessari in ogni area di degenza.

Prospettive future e tempi di realizzazione della riorganizzazione

“Credo che il processo di sviluppo storico dell'ospedale non abbia mai termine. L'ospedale Careggi nasce dallo sviluppo di Santa Maria Nuova, che è un ospedale del 1200, e poi una volta che hanno cominciato all'inizio del '900 a costruire in zona Careggi non c'è una fine, c'è sempre un continuo sviluppo di cose e opportunità. In questo momento l'opportunità è questa.” (int.3)

“La parte veramente grossa in termini quantitativi si è fatta, abbiamo già riorganizzato in questa direzione il dipartimento del cuore e dei vasi che è uno dei più grossi all'interno dell'ospedale. Si sono anche riorganizzati alcuni aspetti delle medicine d'urgenza, il resto è collegato al proseguimento

della ristrutturazione dell'ospedale. Credo che al massimo in cinque anni dovremmo avere l'80% dell'ospedale e forse più organizzato per intensità di cura.” (int. 4)

L'estensione della riorganizzazione all'interno dei dipartimenti finora non coinvolti viene giudicato perlopiù fattibile dagli intervistati, anche se emergono alcune indicazioni sostanziali su come il processo dovrebbe proseguire. La condizione *sine qua non* risulta essere, come già più volte sottolineato, la conclusione della ristrutturazione edilizia

“Io penso che il nostro ospedale funzionerà per intensità di cura nel momento in cui l'edilizia sarà coerente a questa necessità, quando cioè sarà finita tutta la parte della alta intensità e della media intensità, oggi senza contenitori adatti è un po' difficile.” (int. 16)

Secondo alcuni intervistati, essendo l'ospedale di Careggi una struttura ultra-specialistica in alcuni settori, la riorganizzazione per intensità di cura non potrà tuttavia essere applicata in tutti i dipartimenti con le stesse modalità. Sicuramente il settore cardio – vascolare, il settore neurologico, l'area delle medicine e quella delle chirurgie sono quelli che meglio si prestano a tal fine e costituiscono una fetta molto importante dell'attività dell'Azienda.

Inoltre alcuni intervistati reputano che il percorso assistenziale strutturato su i differenti livelli di intensità di cura si potrà installare in quei dipartimenti che trattano casi tra loro omogenei- come il dipartimento testa-collo, o il dipartimento del materno infantile. Dubbi più consistenti riguardano invece la riorganizzazione per intensità di cura di quei dipartimenti che raccolgono discipline differenti - come il dipartimento delle specialità medico-chirurgiche – e percorsi assistenziali differenti.

“In questi dipartimenti dove ci sono urologia, chirurgia toracica, chirurgia addominale e la parte medica addominale e nefrologica, è difficile individuare un percorso assistenziale unico, per cui credo che l'intensità di cura andrebbe a peggiorare la qualità dell'assistenza. Il rischio che si corre è quello di tornare a una situazione non definita, anche dal punto di vista infermieristico, che si ripercuoterebbe negativamente sul piano assistenziale.” (int. 14)

Emerge poi una preoccupazione circa l'assenza di modelli applicativi chiari cui attenersi per attivare la riorganizzazione che, nonostante sia di fatto un processo sperimentale, non risponde ai criteri della sperimentazione ma risulta essere l'attuazione di un nuovo modello gestionale. Questo nuovo modello non va ad incidere solo sull'assetto organizzativo interno ai dipartimenti ma, in parte e soprattutto per il comparto medico, va a modificare l'inquadramento professionale. Tutto ciò determina una situazione in cui alla componente

fisiologica della resistenza al cambiamento, si somma l'aspetto dell'insicurezza e, laddove la comunicazione non è efficace, quello dell'incomprensione.

“Non è affatto indolore questa trasformazione, ci sono ruoli da ridefinire, ci sono spazi tradizionali che vanno a sparire. [...] Per esempio, il fatto che i modelli di carriera vadano completamente trasformati crea non poche difficoltà gestionali. Prendiamo l'Humanitas, di cui ho assistito alla crescita: è uno dei primi ospedali che in Italia ha funzionato così. Oltre ad essere un ospedale privato, ha introdotto ruoli completamente diversi già nel momento delle assunzioni. Noi invece qui siamo una grande realtà pubblica, che nella mia esperienza posso definire ipertradizionale, dove l'innovazione è ancora più difficile.” (int. 2)

Minoritaria ma presente è la considerazione che dati i cambiamenti delle esigenze di cura che stanno riguardando la popolazione probabilmente la forza che, a livello politico, sta spingendo verso la riorganizzazione per intensità di cura subirà un'inversione di tendenza e questo processo si concluderà prima di coinvolgere in maniera più ampia l'ospedale.

Traccia intervista

Strumenti e modelli per la Riorganizzazione per intensità di cura

Struttura e temi dell'intervista

Dominio 1 (comune a tutti i 'casi') – *La situazione di partenza.*

Tema guida: la strategia e la progettazione della rete: perché, dove, chi, come, in quanto tempo?

Dominio 2 (comune a tutti i 'casi') – *Macro-struttura della rete - Azioni per la costruzione della rete*

Temi guida: modello di rete, azioni per costruire la rete (rete come variabile dipendente).

Dominio 3 (specifico) – *L'organizzazione della rete, l'assistenza in rete*

Tema guida: i processi in rete (rete come variabile indipendente).

Dominio 4 (comune a tutti i 'casi') – *Valutazione di successo/insuccesso – Barriere e fattori facilitanti*

Temi guida: valutazione del grado di successo del progetto, ostacoli (superati, da superare), fattori di successo (e loro grado di trasferibilità ad altre esperienze)

Dominio 1 (comune a tutti i 'casi') – La situazione di partenza

Temi guida: la strategia e la progettazione dell'AOU Careggi: perché, dove, chi, come, in quanto tempo?

1. A quali **esigenze** intende rispondere la riorganizzazione per intensità di cura? Da quali **problemi** sorgono tali esigenze? Quali sono dunque i principali **obiettivi**?
2. Entro quanti anni si potranno verificare i risultati attesi?
3. Può indicare e rendere disponibili gli **atti principali e la normativa** che hanno sostenuto la formalizzazione di questo progetto?
 - a. Atti aziendali
 - b. Norme/indicazioni regionali
 - c. Norme/indicazioni nazionali
 - d. ...
4. Quanto **tempo** è stato necessario per la progettazione e la formalizzazione della nuova riorganizzazione? (tempo intercorso tra la prima proposta ufficiale e 'ristretta' e il 'lancio' definitivo del progetto)
5. Può descrivere in sintesi le modalità con cui è stato cercato e ottenuto il **consenso** necessario per lanciare il progetto? Quali sono stati i **soggetti coinvolti**?
6. Ci sono ulteriori elementi da segnalare rispetto al **contesto** in cui è nato il progetto della riorganizzazione per intensità di cura di questa azienda ospedaliera?

Dominio 2 (comune a tutti i 'casi') – Macro-struttura della rete - Azioni per la costruzione della rete

Temi guida: modello di rete, azioni per la riorganizzazione per intensità di cura.

1. Può descrivere la **rete interdipartimentale** che caratterizza la nuova organizzazione per intensità di cura?
 - a. Quanta rete c'è? A che punto è la riorganizzazione in questo senso?
 - b. Secondo Lei quali sono le caratteristiche di questa rete interna? (*verticale/orizzontale, centralizzata/non centralizzata, densa/non densa*)
 - c. Quali sono i processi condivisi dalle diverse Aree di Attività Dipartimentali?
2. Può descrivere secondo quali modalità l'azienda ospedaliera di Careggi si inserisce **nella rete di Area Vasta**? Si sono verificati cambiamenti nella rete di Area Vasta con l'inizio del progetto di riorganizzazione per intensità di cura? (*indagare sui rapporti tra l'AOU di Careggi e le altre strutture sanitarie soprattutto nella fase del Low Care*)
3. Relativamente agli **ambiti di intervento** interessati dal progetto:
 - a. **Strutture fisiche:**

Sono stati realizzati interventi di costruzione, ristrutturazione, ampliamento di edifici ?
 - b. **Risorse finanziarie:**
 - a. Sono stati definiti/modificati i criteri di allocazione delle risorse aziendali?
 - b. Sono stati fatti investimenti ad hoc?
 - c. Sono stati acquisiti fondi da fonti esterne (Regione, Ministero, Europa,..)?
 - c. **Processi gestionali e tecnico-professionali:**
 - a. Quali processi sono stati revisionati/reingegnerizzati/riprogettati per favorire lo sviluppo della rete? (fare elenco: questa parte verrà poi trattata con maggior dettaglio nel dominio 3) – vedi anche tabella 3.

- b. Quanto tempo è stato necessario per la messa a regime di tali processi? (es. pianificazione per n mesi, sperimentazione per n mesi, ecc.)?
 - c. Sono stati ridefiniti ruoli e responsabilità? Sono stati modificati i processi decisionali? Se sì, in che modo?
 - d. Sono state definite nuove figure professionali? Con quali modalità? (*medico tutor, infermiere referente, ...; se sì, con nuove assunzioni o con un adeguamento del personale già presente?*)
- d. **Aspetti normativi e regolatori:**
- a. Sono stati firmati contratti?
 - b. Sono stati creati nuovi assetti istituzionali? (es. dipartimenti, fondazioni, consorzi, ecc..)
 - c. Sono stati firmati nuovi accordi sindacali?
 - d. Sono stati definiti obiettivi di budget mirati a promuovere la rete?
 - e. E' stato messo in atto un sistema valutativo/premiante finalizzato a promuovere la rete?
- e. **Politica e informazione:**
- a. Qual è stato il ruolo giocato da autorità e *opinion leader*?
 - b. E' stato necessario affrontare/appianare conflitti per poter procedere? Quali?
 - c. Sono emerse incongruenze tra *leadership* formale e sostanziale del progetto?
 - d. Qual è stato il ruolo svolto dai media? È stato possibile utilizzarli per la diffusione di informazioni? Oppure hanno rappresentato un ostacolo?
- f. **Cultura:**
- a. Sono stati realizzati interventi di natura culturale nei confronti di particolari gruppi di soggetti?
 - b. E' stato utilizzato/valorizzato il supporto offerto da soggetti/gruppi specifici, in virtù di proprie e pertinenti attitudini culturali, sociali o professionali (es. cultura scientifica, etica, gestionale, ecc.)?
- g. **Formazione:**
- a. Sono state sviluppate azioni nel campo della **formazione e della ricerca**, per la promozione e lo sviluppo della riorganizzazione per intensità di cura?
 - b. La Direzione ha ricevuto a questo riguardo proposte o richieste dai professional o dagli uffici di staff?
 - c. Sono stati realizzati interventi per il personale finalizzati a migliorare l'adesione e la comprensione della riorganizzazione per intensità di cura?
 - d. Sono stati realizzati interventi per il personale finalizzati a rafforzare la motivazione dei soggetti o dei gruppi cruciali per il successo del progetto?
- e. **Tecnologia e informazione:**
- a. Di quali sistemi di *Information and communication technology* dispone l'azienda? Verso quali soggetti sono rivolti?
 - b. Sono stati attivati nuovi sistemi tecnologici di informazione e comunicazione con l'avvio del progetto di riorganizzazione per intensità di cura?

Dominio 3 (specifico) – L'organizzazione per intensità di cura, i percorsi assistenziali

Tema guida – I processi in rete

1. **Sistema di regole** per il funzionamento dei processi tecnici e gestionali: procedure, protocolli, linee guida
 - a. Quali protocolli, procedure e LG assicurano il corretto svolgimento dei principali processi tecnici e gestionali all'interno della nuova organizzazione per intensità di cura?
 - b. Sono state definite o riviste altre procedure, trasversali e/o di supporto?
2. **Sistema informativo**
 - a. Quale sistema informativo assicura il monitoraggio dei processi maggiormente coinvolti dal progetto di riorganizzazione per intensità di cura?
 - a. Come viene monitorata la **qualità** dei servizi?
 - b. Come viene monitorata l'**equità** dei servizi?
 - c. Sono stati definiti e condivisi indicatori? se sì, di quale tipo (*attività, processo, esito di salute, ecc.*) ?
 - d. Vengono realizzati e diffusi report periodici di *performance* sulla nuova organizzazione per intensità di cura?
3. **Processi comunicativi**
 - a. In quale modo vengono presidiati i processi comunicativi tra i professionisti coinvolti in tali processi?
 - b. O quelli tra professionisti e pazienti?
4. **Gestione dell'organizzazione per intensità di cura**
 - a. Chi svolge la funzione di network manager o coordinatore/amministratore del progetto di riorganizzazione per intensità di cura?
 - b. Sulla base di profilo di competenze ed esperienze è stato assegnato questo incarico?
 - c. Quali altri strumenti assicurano la gestione dei processi?

Dominio 4 (comune) – Valutazione di successo/insuccesso – Barriere e fattori facilitanti

Temi guida – Valutazione del grado di successo del progetto, ostacoli (superati, da superare), fattori di successo (e loro grado di trasferibilità ad altre esperienze)

1. Qual è, a suo giudizio, il grado di **sostenibilità** nel tempo del progetto?
2. In riferimento al grado attuale della riorganizzazione per intensità di cura, qual è a Suo avviso la **qualità dei servizi** offerti?
 - a. E' migliorata? È rimasta invariata? È peggiorata?
 - b. Quali dimensioni della qualità sono state maggiormente interessate?
 - c. Sono stati attivati nuovi sistemi di monitoraggio sulla qualità dei servizi offerti con l'avvio della riorganizzazione per intensità di cura? Se no, pensa sarebbe opportuno modificarli? E in che modo?
3. Qual è il livello di **equità** dei servizi offerti?
 - a. E' migliorato? È rimasto invariato? È peggiorato?
 - b. Sono stati attivati nuovi sistemi di monitoraggio sulla qualità dei servizi offerti con l'avvio della riorganizzazione per intensità di cura? Se no, pensa sarebbe opportuno modificarli? E

in che modo?

4. Qual è a suo giudizio la **qualità delle relazioni** tra i soggetti coinvolti dal progetto (*es. diverse categorie di professionisti, professionisti vs direzione aziendale o regionale, ecc.*)? Le relazioni si sono modificate in concomitanza o a causa della riorganizzazione per intensità di cura? La qualità delle relazioni viene presidiata in qualche modo?
5. Qual è a suo giudizio il grado di **benessere organizzativo** all'interno della rete? (specificare, per diverse categorie di professionisti o per diverse aree interessate). Il clima si è modificato in concomitanza o a causa della riorganizzazione per intensità di cura? Il clima/benessere organizzativo viene presidiato in qualche modo?
6. Come giudica la gestione della riorganizzazione per intensità di cura in relazione al **rapporto con utenza e cittadinanza**?

7. Barriere

- c. Quali sono (*stati*) gli ostacoli più forti da superare (*generali, specifici*)? – *se possibile, indicarne almeno 3*
- d. Quali azioni (*tra quelle considerate nel dominio 2*) hanno avuto il minor grado di successo?
- e.

8. Fattori favorenti

- a. Quali sono stati i fattori favorenti più importanti (*generali, specifici*)? – *se possibile, indicarne almeno 3*
- b. Quali azioni (*tra quelle considerate nel dominio 2*) hanno avuto maggior successo?
- c. Qual è stato il ruolo del network manager o del coordinatore/amministratore? (*se identificato in 3.4.c*)
- d. Pensa che sarebbe necessario identificare un network manager (*se non è stato identificato in 3.4.c*)? Con quale profilo di competenze ed esperienza?