

Sintesi dei lavori della sessione

Guido Quici

vicepresidente vicario Cimo

LA PROFONDA E CONTINUA EVOLUZIONE della organizzazione ospedaliera, attraverso le proprie risorse professionali, strutturali e finanziarie, unitamente ad un diverso concetto di ospedale che pone al centro i bisogni di salute della persona, necessita di certezze e le certezze non possono che derivare dalla implementazione di modelli organizzativi che assicurino un'assistenza omogenea su tutto il territorio nazionale assegnando, ai professionisti della salute, analoghe certezze dei ruoli e delle responsabilità.

Occorre, tuttavia, ridefinire una nuova mission ed una nuova vision. L'ospedale moderno deve essere la struttura di riferimento per la diagnosi e cura dei casi acuti e complessi; deve, cioè garantire la continuità delle cure nell'ambito di una forte integrazione con i servizi territoriali attraverso un processo assistenziale che vede l'ospedale quale anello di congiunzione tra la prevenzione e la continuità delle cure post acuzie. Al tempo stesso, per le patologie complesse e di alta specialità,

*Quici:
introduzione
ai lavori*

l'integrazione tra l'attività ospedaliera per pazienti acuti e subacuti e l'attività territoriale deve essere realizzata attraverso l'articolazione delle reti per patologia con particolare riguardo alle patologie tempo-dipendenti il cui nuovo modello organizzativo assistenziale deve prevedere un contestuale sviluppo del servizio di emergenza territoriale, tecnologicamente avanzato ed in grado di affrontare le emergenze e garantire la reale continuità dell'assistenza anche attraverso la gestione tempestiva dei trasferimenti secondari urgenti in carico al 118. Nell'ottica della centralità del paziente, l'ospedale deve assicurare un'assistenza personalizzata con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari attraverso l'appropriatezza delle prestazioni ed il corretto uso delle risorse. In particolare le risorse non devono più essere oggetto di tagli lineari ma commisurate alla reale complessità della struttura e delle patologie trattate ed agli esiti di salute. La medicina ospedaliera non può essere più ostaggio di budget virtuali ma occorre ridefinire il rapporto tra costi, variabilità clinica, esiti di salute e sicurezza del paziente.

L'ottimizzazione della rete ospedaliera con ammodernamento dei presidi, l'innovazione dei processi di cura con il supporto delle tecnologie sanitarie avanzate, l'umanizzazione, la qualità e la sicurezza delle cure devono rappresentare l'obiettivo primario di ogni struttura ospedaliera. Non è più tempo di ospedali piccoli ed insicuri come non è più tempo di medici che lavorano su più presidi ospedalieri distanti decine di chilometri tra loro. L'ospedale deve essere un luogo sicuro sia per i pazienti che per gli stessi operatori sanitari; ma, soprattutto, non è più rinviabile l'implementazione di un modello di organizzazione che rappresenti la sintesi delle attuali "best organization" di ciascuna regione.

La recente definizione di standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi, basati sui bacini di utenza e sui volumi ed esiti ma rilevati sulle attuali assetti organizzativi, proba-

bilmente non è più sufficiente. Nell'ottica di una nuova mission e vision, il modello organizzativo ospedaliero deve prevedere, a valle, una organizzazione del lavoro che tenga conto dei percorsi integrati realizzati da professionisti con profili formativi diversi tra loro e tanto è sufficiente a chiarire, in modo definitivo, i ruoli e le responsabilità di ciascuno di essi. Un'assistenza personalizzata al paziente con percorsi integrati multiprofessionali e multidisciplinari richiede il superamento della vecchia gestione dei posti letto attraverso una nuova classificazione per intensità di cure e per intensità assistenziale a condizione, tuttavia, che siano definiti gli standard di fabbisogno del personale medico e sanitario non medico, che vi sia il superamento del comma 566 e che la valorizzazione di tutte le professioni sanitarie sia attuata secondo i principi contenuti nell'art. 22 per Patto della Salute 2014-2016.

In altre parole, che si tratti di ospedali organizzati per intensità di cure o per agglomerati funzionali omogenei o per dipartimenti, emerge la consapevolezza di dover chiarire le “regole del gioco” che sono alla base delle dinamiche interne di ogni attività ospedaliera, “regole” che devono essere applicate in modo omogeneo su tutto il territorio nazionale con particolare riferimento allo stato giuridico dei professionisti.

In questa ottica alla centralità del ruolo medico nella diagnosi, cura e riabilitazione del paziente deve corrispondere la responsabilità nella governance delle strutture. Ad una forte impronta professionale deve corrispondere la capacità nel saper governare tutti quei processi che sottendono alla organizzazione del lavoro, alla gestione delle risorse umane e strumentali, alla formazione del personale ed ai processi di valutazione. Da qui la necessità di implementare un nuovo percorso di carriera del medico, di natura sia gestionale che professionale, finalizzato a valorizzare la professione medica e la centralità del ruolo nella organizzazione dell'ospedale.

All'ospedale moderno si chiede, inoltre, appropriatezza ed

affidabilità, laddove necessario rinnovamento strutturale e tecnologico ma, soprattutto, maggior impegno nella ricerca scientifica ed un vero ammodernamento della formazione professionale che non può essere limitata al solo aggiornamento continuo ma deve essere estesa alla formazione sul campo, incluso il retraining ed il mantenimento delle competenze.

L'organizzazione ospedaliera ha bisogno di processi innovativi ed il medico italiano vuole essere protagonista del cambiamento.

*I contributi alla
discussione*

CARLO PALERMO, vicesegretario nazionale vicario Anaao Assomed, è poi intervenuto sul tema *Medicina ospedaliera tra controllo dei costi e variabilità clinica*, sviluppando un nodo problematico che dal 1995 si è trasformato in un vero “tormentone”.

ALESSANDRO VERGALLO, presidente nazionale Aaroi Emac, sviluppando una relazione su *Autonomia professionale e linee guida*, ha evidenziato il labile confine, molto spesso fonte di contenzioso medico-legale, tra le linee guida e l'autonomia professionale.

CARMINE GIGLI, presidente coordinatore Fesmed, ha portato un contributo di riflessione sulla *Carriera dei professionisti*, questione sulla quale è ben nota la posizione della Cimo e della Fesmed che parte dal presupposto che, oggi, vi sia un appiattimento della stessa, con livellamento verso il basso della professione. In sintesi: sviluppo di carriera gestionale e professionale non separate tra loro, dove la valorizzazione professionale è legata alla possibilità di affidare tutti gli strumenti di governo clinico ai medici e di esaltare le peculiarità delle singole branche specialistiche nella diagnostica e terapia. *Il fabbisogno del personale* è stato il tema sviluppato da Giuseppe Montante, vicesegretario nazionale Anaao Assomed. Il

suo intervento ha sottolineato la necessità di definire una volta per tutti il fabbisogno standard di personale, ma con alcuni chiarimenti preliminari: gli ospedali quale organizzazione intendono darsi? e, a cascata, quale organizzazione del lavoro? e, ancora, quale rapporto tra le professioni sanitarie (chi fa cosa)? e, infine, quale reale fabbisogno standard di personale?

PAOLO SARTORI, presidente Snr, ha infine analizzato Il ruolo delle Aree Cliniche dei servizi dei nuovi assetti organizzativi ospedalieri, affrontando il ruolo centrale dei servizi ospedalieri sia nella governance che nell'ambito dei nuovi assetti organizzativi, alla luce del costante sviluppo tecnologico: la capacità gestionale e tecnica insita nella cosiddetta HTA, quindi la valutazione economica (rapporto costi/benefici rispetto all'appropriatezza clinica) e l'assunzione di un ruolo fondamentale, non solo nella fase della diagnostica ma anche in quella terapeutica (vedi radiologia interventistica, radioterapia, ecc.).

Un'analisi di approfondimento è poi stata compiuta sulla riorganizzazione della rete ospedaliera della regione Toscana. Questi i criteri fondamentali su cui si è lavorato:

ottimizzazione rete ospedaliera (*da 93 a 41 ospedali*);

- ammodernamento dei presidi (*funzionalità ed efficienza*);
- innovazione processi di cura (*appropriatezza prestazioni*);
- evoluzioni tecnologie sanitarie;
- sviluppo ICT (*sistemi informativi / informatici*);
- umanizzazione e qualità delle cure.

Più estesamente i concetti chiave del modello toscano sono riassunti in 5 punti.

1. All'ospedale moderno si chiede di mettere al centro la persona e le sue necessità, di garantire assistenza continua e personalizzata con percorsi integrati di tipo multiprofessionali e multidisciplinari, riferimenti sanitari certi e ap-

*La rete ospedaliera in
Toscana*

proprietà costante nell'uso delle risorse.

2. L'ospedale diventa il presidio di riferimento per i casi acuti più complessi, con una forte integrazione con i servizi territoriali in modo da assicurare la più completa continuità delle cure, dal territorio e verso il territorio (T-H-T).
3. A sostegno del cambiamento strategico del ruolo dell'ospedale e del suo inserimento nella più ampia rete dei servizi sul territorio sono i nuovi progressi scientifici e tecnologici, l'evoluzione dell'assetto demografico e socio-culturale, l'innovazione dei processi di cura e la particolare attenzione verso l'umanizzazione dell'assistenza.
4. Per la realizzazione delle strutture edilizie ospedaliere, il sistema sanitario toscano si è avvalso del *Project Financing* come strumento innovativo di partenariato pubblico-privato: il costo complessivo di realizzazione ammonta a 419 milioni e 499 mila euro, dei quali 169 milioni messi dallo Stato, 56 milioni dalle Aziende sanitarie e 194 milioni dal concessionario.
5. *Tutti i nuovi presidi hanno caratteristiche simili dal punto di vista organizzativo e strutturale:* organizzati complessivamente nell'ottica dell'intensità di cura rispondono alle esigenze previste dal sistema sanitario di una struttura per acuti, compatta, flessibile, tecnologica, completamente informatizzata e innovativa.

*La
riorganizzazione
della rete
ospedaliera a
Modena*

Il processo di riorganizzazione si fonda su una migliore appropriatezza degli interventi, maggiore interdisciplinarietà dell'atto medico dato che professionisti di diverse discipline lavoreranno insieme in un'unica area, aumento delle occasioni d'informazione nei confronti del paziente e dei suoi familiari grazie alla presenza di un soggetto di riferimento facilmente identificabile. Infatti il paziente, nell'ambito di una équipe predefinita, avrà un unico interlocutore medico ed un unico interlocutore infermieristico.

Per dare concreta applicazione al nuovo modello, nell'ospedale organizzato per intensità di cura sono previsti tre differenti livelli assistenziali: uno ad intensità alta che comprende le degenze intensive e sub-intensive (ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica, ecc...) collocato al primo piano; un secondo, ad intensità media, che comprende le degenze suddivise per aree funzionali (Area medica, chirurgica, materno-infantile ...) e infine uno a bassa intensità, dedicato ai pazienti post-acuti. I nuovi percorsi di ricovero saranno individuati partendo dalla valutazione di due parametri principali: l'instabilità clinica della persona assistita e il livello di bisogno assistenziale del paziente.

Giunge quindi a pieno compimento il percorso di avvicinamento avviato all'inizio del 2013 in coerenza con le indicazioni della Regione Emilia-Romagna e della direzione dell'Azienda Usl di Modena che porterà al superamento di un'organizzazione strutturata in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica per la sua cura. Queste ultime saranno sostituite da aree omogenee, chiamate "piattaforme logistiche di ricovero", che aggregano i pazienti in base alla maggiore o minore gravità del caso e al conseguente minore o maggiore livello di complessità assistenziale.

"Si tratta di un passaggio molto importante che andrà ad incidere positivamente sulla qualità della cura e sull'efficienza organizzativa. La parola chiave sarà l'integrazione. Potremo sviluppare ulteriormente il nostro lavoro che punta al miglioramento continuo dell'assistenza valorizzando i professionisti e le dotazioni tecnologiche delle quali disponiamo. Tutti insieme abbiamo lavorato per quasi due anni, per prepararci nel migliore dei modi a questa evoluzione. Il progetto è stato studiato, condiviso, verificato in tutti i suoi aspetti e grazie alla grande disponibilità e attenzione da parte di tutto il personale siamo pronti per rendere operativa la trasformazione" ha sottolineato il direttore generale dell'Ospedale di

Sassuolo, Bruno Zanaroli.

“L’Azienda Usl di Modena ha aderito alla sperimentazione promossa dalla Regione, al fine promuovere l’adozione in tutti i nostri ospedali del nuovo modello organizzativo, che offre notevoli vantaggi sia per i pazienti, cui viene garantito il livello di intensità assistenziale adeguato, che per assicurare un utilizzo virtuoso delle competenze professionali e delle attrezzature a disposizione. Interventi di questa natura sono già stati posti in essere a Pavullo ed a Mirandola e sono in fase di avvio a Baggiovara, ma non vi è dubbio che l’Ospedale di Sassuolo rappresenta la struttura all’interno della quale ad oggi il cambiamento sarà più significativo. Ho seguito con attenzione il lavoro preparatorio svolto sino ad ora e sono convinta che il risultato sarà più che soddisfacente. Allargando l’orizzonte al contesto provinciale, vorrei sottolineare che questi interventi determineranno positive ricadute sull’organizzazione più complessiva dei servizi sanitari che potranno così trovare un equilibrio ancora più soddisfacente tra assistenza ospedaliera e servizi territoriali” ha evidenziato il direttore generale dell’Azienda Usl di Modena, Mariella Martini.