

Presentazione

La frase celebre di Tancredi, nipote del Principe di Salina, “Se vogliamo che tutto rimanga com'è bisogna che tutto cambi” (*Il Gattopardo*, Giuseppe Tomasi di Lampedusa, 1958), rischia di tornare attuale se non si ha il coraggio di dare concretezza alle idee. Idee che nascono spontanee in chi vive e presta la propria opera in contesti organizzativi complessi come quello sanitario. Contesti ricchi di storia e di sapere, un sapere empirico basato cioè sull'esperienza che valida l'agire quotidiano, dove il mandato di tutte le parti interessate è coerente e sinergico, dall'organizzazione, ai professionisti, agli utenti.

Ma oggi, siamo certi che sia ancora così? È ormai chiaro a tutti che “quello che si è sempre fatto” deve essere riorientato, proprio per mantenere (e garantire!) di “fare ciò che si deve fare” per essere veramente parte attiva e responsabile di un articolato e complesso percorso di salute dei cittadini, degli utenti, dei pazienti e di tutta la collettività.

Il cambiamento è insito nella vita di tutti, anche delle organizzazioni, perché è evoluzione per la sopravvivenza, adattamento, ma – la sostanziale differenza oggi è necessaria – è averne consapevolezza per poter orientare e gestire il cambiamento, dove l'elemento guida è rappresentato dall'averne un fine unico, dove ogni singola parte gioca il ruolo che gli compete (e che tutte le altre parti si aspettano!) per garantire salute quale valore per il Paese.

Questo libro fa propri questi assunti e coglie la sfida di dichiarare per far conoscere, per avere una base di conoscenza condivisa, qual è il significato e quali sono i contenuti oggettivi delle innovazioni di cui si sente spesso parlare.

Va però oltre, proponendosi come strumento supportante il cambiamento di cui tanto parlano e auspicano, ma in maniera concreta e operativa.

Non più concetti astratti ma esperienze diventate sapere validato e applicabile.

Thomas Kuhn, in *La struttura delle rivoluzioni scientifiche* (1962), sostiene che il progresso scientifico non è un cumulo di conoscenze teso a rivelare la verità, ma un'alternanza tra una scienza normale e "rivoluzioni scientifiche", a partire da strumenti (paradigmi) che tendono ad articolarsi e specializzarsi (cambiamento di paradigma).

Questo libro è attento alla complessità del sistema e anche alle implicazioni politico-sociali, particolarmente rilevanti quando si parla di salute, quali l'incertezza e i giudizi di valore, offrendo una prospettiva unica, ma oggi più che mai necessaria per spiegare adeguatamente questioni fondamentali su cui devono basarsi i processi decisionali e le scelte, fondandole sull'esigenza di garantire la qualità in tali contesti.

Luisa Zappini

Presidente Collegio IPASVI
di Trento

Prefazione

Questo libro nasce dall'idea e dalla volontà di mettere su carta situazioni concrete ed esperienze sulla transizione da modelli di organizzazione ospedaliera tradizionale a quelli per intensità di cura e complessità assistenziale, aggiungendo elementi teorici utili alla comprensione del fenomeno nella sua complessità.

Spesso, questo cambiamento nasce da spinte normative, che “impongono” l'implementazione del modello alle aziende sanitarie, con una contestualizzazione regionale. È possibile che sfuggano, a volte, le motivazioni, i presupposti teorici e contingenti per cui questo modello sta prendendo piede e sembra rappresentare una soluzione ad alcune problematiche presentate dal sistema sanitario negli ultimi anni. L'impegno quotidiano già gravoso, rischia di essere ancora più “caricato”, in visione di un'evoluzione che impone l'impiego di nuove energie.

In questo contributo si vuole dare una chiave di lettura, senz'altro positiva, alla proposta di cambiamento, senza però trascurare di evidenziare le sfide e criticità intrinseche in ogni novità. I professionisti impegnati ai vari livelli, clinici o organizzativi, potranno trovare approfondimenti teorici e proposte applicative, oltre che strumenti ed esperienze per transitare da un modello tradizionale di ospedale a uno organizzato secondo la nuova logica, o per confrontarsi sull'esistente e ipotizzare le immancabili azioni di miglioramento.

Il tema dell'intensità delle cure e della complessità assistenziale è piuttosto recente, sia nel dibattito scientifico che manageriale e professionale e come tale presenta diverse possibilità interpretative e differenti “mondi di senso”. In questo libro si tenta di dare voce a tutte queste possibilità, tenendo conto delle diverse “visioni”. Il punto di partenza, come

evidenzia il titolo, è quello organizzativo, degli ospedali che cambiano, da una logica “tradizionale”, verticale, per specialità; a una innovativa, orizzontale, per bisogni diversificati. A questo livello di analisi si vuole sottolineare come il cambiamento sia filosofico-culturale e come coinvolga organizzazioni e professionisti. Poi, addentrantosi maggiormente nei modi per leggere il fenomeno, si incontrano diverse terminologie, definizioni e significati. Ad esempio: intensità di cura come “visione medica” e “complessità assistenziale” come “visione infermieristica”; così come ancora: complessità come bisogno di cura e assistenza delle persone e intensità come risposta del sistema sanitario e altre ancora, che qui per brevità non riporteremo. In ragione di questa complessità interpretativa, si è scelto di denominare il percorso di cambiamento come: innovazione per “intensità di cura/complessità assistenziale”, nel tentativo di ricomprendere i diversi significati.

Nel testo, pertanto, i due termini/accezioni sono stati riportati, dove è stato possibile, sempre insieme, per valorizzare e dare spazio ai differenti punti di vista. L'intenzione non è stata quella di generalizzare, ma di proporre il senso del cambiamento, della pluralità e varietà di possibilità di definizioni, comprensioni e applicazioni. Come si dirà nel testo, infatti, non esiste “un” modello per intensità/complessità, ma tante diverse possibilità, che vedono la filosofia generale applicata ai diversi contesti e localizzazioni culturali, geografiche e organizzative.

Nella prima parte, si inizierà dall'analisi dei principali modelli teorici sui meccanismi e principi di funzionamento delle organizzazioni, e si proseguirà fornendo elementi interpretativi sull'ospedale per intensità di cura/complessità assistenziale. Nella seconda parte, l'attenzione è posta ai modelli applicativi, agli strumenti e alle esperienze in essere nel nostro Paese. Il primo capitolo è dedicato ai modelli di funzionamento ed espone le metafore organizzative, concludendo con un focus sull'importanza della cultura organizzativa. Il concetto di base che si ritroverà anche più avanti nel testo, è quello che un'organizzazione è un fenomeno di grande complessità, e per non essere percepito come qualcosa di astratto, è possibile comprenderlo utilizzando concetti presi dalla vita quotidiana, come appunto: la macchina, l'organismo, il cervello, la cultura. La cultura è considerata e descritta come il collante che tiene insieme tutto, in quanto un modello organizzativo non può funzionare se non si basa su di una cultura condivisa dagli operatori che dovranno applicarlo. Una cultura è l'intima convinzione riguardo all'efficacia ed efficienza del modello che si è chiamati ad applicare, compreso quello oggetto di questo volume dedicato all'ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale.

Nel secondo capitolo si torna sul concetto di complessità, con un appro-

fondimento sulle organizzazioni sanitarie come sistemi complessi adattativi. Si definisce e declina la complessità e si descrivono le caratteristiche dei cosiddetti Complex Adaptive Systems – CAS (sistemi adattativi complessi), come articolazioni che, per le loro peculiarità, possono dare interpretazione alla complessità esistente all'interno delle organizzazioni sanitarie, e in particolare nel contesto ospedaliero. Si sottolinea come le organizzazioni sanitarie siano sistemi aperti, in continua co-evoluzione con l'ambiente esterno. Questa affermazione pone le basi per giungere al capitolo terzo, dedicato alla visione sistemica. L'organizzazione viene analizzata da dentro a fuori, ponendo attenzione alle interazioni con l'ambiente. Partendo dalle basi teoriche, proseguendo con gli scopi e le applicazioni, la visione sistemica viene utilizzata per una descrizione degli elementi che compongono l'interno dell'organizzazione: la struttura di base, il sistema operativo e i processi sociali. Inoltre, si descrive cosa sta "prima" e "dopo", ovvero gli input e gli output che costituiscono le risorse in ingresso e servizi in uscita. Alcune tipologie organizzative che vengono illustrate, servono da esempi per collocare l'ospedale e la sua transizione dall'organizzazione tradizionale a quella per intensità delle cure e complessità assistenziale.

Il quarto capitolo approfondisce e amplia la visione sistemica, proponendo l'approccio di Henry Mintzberg, che si colloca anch'esso nella corrente teorica della contingenza, e pertanto contempla l'organizzazione come sistema in collegamento con il proprio ambiente di riferimento. Della visione mintzberghiana si sottolineano i meccanismi di coordinamento delle attività e le parti dell'organizzazione, per giungere a descrivere le configurazioni organizzative. Il riferimento specifico è alle configurazioni organizzative della burocrazia professionale e dell'adlocrazia, contestualizzate nella transizione da ospedale tradizionale a organizzazione per stratificazione del bisogno e delle cure. L'ipotesi proposta, infatti, è quella di assistere alla strutturazione di un sistema organizzativo denominato buro/adlocrazia professionale, dove accanto alla standardizzazione delle competenze e al potere professionale che caratterizzano le burocrazie professionali, si prevedono forme più fluide di organizzazione, più centrate sul raggiungimento degli obiettivi, sull'integrazione e sulla cooperazione.

La seconda parte del testo è orientata a presentare modelli, strumenti ed esperienze organizzative. Il capitolo cinque infatti, riprende i meccanismi organizzativi, con l'ottica di spiegare il collegamento fra la specializzazione e l'integrazione. Il processo di specializzazione realizza la divisione del lavoro, mentre il processo di integrazione, permette di ricondurre a unità i differenti obiettivi delle singole parti. Questi concetti vengono ricondotti all'organizzazione ospedaliera, dove, dopo aver prediletto organizzazioni

orientate alla specializzazione, si sta cercando di proporre strutture maggiormente rivolte all'integrazione. Si prosegue poi con una riflessione sul valore aggiunto che può portare un'organizzazione per intensità di cura e complessità assistenziale, in termini di maggiore efficienza, efficacia, appropriatezza, affidabilità, equità e sostenibilità.

Il sesto capitolo affronta il tema del dibattito avvenuto in letteratura sul modello per intensità di cura e complessità assistenziale, dando evidenza della rilevanza che ha assunto nella riflessione manageriale in sanità. Nel capitolo viene dato conto della complessità di questo dibattito, sottolineando come la discussione su questo argomento, comparsa sia sulle riviste specializzate che negli atti di programmazione sanitaria, dava spazio alla prospettiva dei professionisti sanitari, a quello del manager e a quello del policy maker.

Nel settimo capitolo si propone l'analisi di alcuni metodi e strumenti per reingegnerizzare l'ospedale secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale. Innanzitutto, vengono ripresi significati e concetti e definito l'oggetto centrale della reingegnerizzazione, cioè i processi. La revisione dei processi, viene suggerita a partire dal servizio offerto, andando a ritroso e cercando di diagnosticare cosa nell'attuale modo di operare non è funzionale. Di seguito, si è cercato di rappresentare il processo di cambiamento: dai ruoli che cambiano e si integrano, agli strumenti per supportare l'evoluzione e le nuove relazioni. Pertanto, all'interno del capitolo, si prosegue con un'analisi dell'evoluzione dei ruoli professionali, proponendo alcune traiettorie, quali: l'evoluzione sull'asse autonomia-collaborazione, i nuovi ruoli di "case management", i nuovi ruoli di gestione dei processi e percorsi e i rinnovati ruoli manageriali (di coordinamento e direzione).

Sulla traccia di questi "nuovi" ruoli, si descrivono alcuni metodi e strumenti per perseguire l'integrazione fra famiglie professionali, quali gli strumenti di comunicazione/informazione, come il briefing/debriefing, la riunione di team, i round multiprofessionali e le consegne integrate. Ancora, si evidenziano strumenti di integrazione di tipo documentale, come la documentazione integrata, il piano assistenziale/di cura congiunto e il PDTA o PDTRA (Percorso Diagnostico-Terapeutico-Assistenziale o Percorso Diagnostico-Terapeutico-Riabilitativo-Assistenziale).

Ci si sofferma, inoltre, sui metodi per misurare l'intensità e complessità assistenziale, con particolare riferimento all'ambito infermieristico, scegliendo fra quelli che si sono imposti nella letteratura e nelle esperienze diffuse negli ultimi anni nel nostro Paese: MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante), SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica) e ICA (Indice di Complessità Assistenziale). Per ultimo, un riferimento alle modalità per misurare il livello di instabilità clinica e com-

plexità assistenziale sul singolo paziente e per il monitoraggio delle condizioni, citando uno strumento in uso nelle realtà ospedaliere: il Tri.Co. (Triage di Corridoio), che include il MEWS (Modified Early Warning Score), e l'IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale).

Infine, un riferimento alla scelta e implementazione del modello di erogazione dell'assistenza, evidenziando il passaggio concettuale e applicativo "dai compiti agli obiettivi". Infatti, nella scelta di quale modello di intensità/complessità percorrere e quale contestualizzazione dargli, è inclusa la riflessione su quale modello di erogazione dell'assistenza infermieristica adottare. Le proposte della letteratura e le varianti applicative sono molteplici, motivo per cui si è deciso di riportare la distinzione fra i modelli di erogazione delle cure infermieristiche (Care Delivery Models), centrati sui pazienti; e i modelli di assistenza infermieristica (Nursing Practice Models). I primi conosciuti anche come modelli "tradizionali" e i secondi come "nuovi modelli". All'interno dei primi, ovvero dei modelli di erogazione delle cure infermieristiche, viene operata una distinzione "di senso" fra l'orientamento allo svolgimento del compito o e quella all'obiettivo/risultato, cioè alla persona assistita e alla sua presa in carico. Questa classificazione servirà a far comprendere come è difficile ipotizzare un ospedale rinnovato dove si applica ancora un modello di erogazione delle cure infermieristiche orientato ai compiti. I modelli di erogazione delle cure "per compiti" mal si adattano al nuovo ospedale stratificato per intensità e complessità, dove i paradigmi prevalenti sono l'integrazione, la flessibilità, la continuità. L'orientamento futuro è la presa in carico dell'assistito e il lavoro multiprofessionale, che può essere perseguito solamente con modelli orientati al risultato.

Annalisa Pennini