

L'ospedale per intensità di cura Il processo di miglioramento non si ferma mai

Lorenzo Di Palma

La centralità delle figure del tutor medico e dal team infermieristico dedicato. I rapporti con il territorio e l'approccio "snello". Adriano Lagostena racconta e commenta il progetto di ospedale per intensità di cura all'Ospedale Galliera di Genova, di cui è direttore generale

KEYWORDS

intensità di cura,
lean, olistico, metodo

care intensity, lean,
holistic, method

Care and cure. Lo slogan inglese del modello organizzativo di ospedale "per intensità di cura" è molto efficace perché rispetto all'italiano usa due parole diverse ma assonanti – care e cure – per sottolineare il passaggio dalla semplice idea di curare la malattia a quella di farsi carico del malato, dall'hosting al case management, direbbero sempre i britannici. Un modello organizzativo che, con le sue evoluzioni, nel lungo processo di cambiamento, volto a caratterizzare sempre di più l'ospedale come luogo di cura delle acuzie, ormai si è imposto a livello internazionale. E che viene visto spesso come un'opportunità anche per superare le attuali criticità del sistema, con una popolazione che invecchia sempre più e una sempre minore disponibilità di risorse economiche, o per consolidare miglioramenti del servizio già conseguiti.

Tutto o niente

Tra i vari primati della sua lunga storia, proprio in questi giorni festeggia 129 anni di servizio, l'Ospedale Galliera (Ente Ospedaliero Ospedali Galliera) di Genova può anche vantare di essere stato tra i primi in Italia ad adottare un modello organizzativo di questo tipo, ancora prima che diverse Regioni dettassero linee guida in proposito. «Quando sono arrivato al Galliera nel 2005», ricorda infatti il direttore generale dell'ospedale Adriano Lagostena, «era già in nuce il progetto dell'Ortogeriatria», l'attivazione sperimentale di tale modello in Ortopedia e Geriatria che ha portato sì al miglioramento delle performance assistenziali, dei risultati e dell'organizzazione, ma che «ci ha fatto capire subito che il

modello funzionava solo se riguardava tutto l'ospedale: le proposte per realizzare le intensità di cura per reparto erano vuote», sottolinea subito Lagostena, che ha un approccio "olistico" nel parlare di intensità di cura, che allarga i suoi confini per comprendere non solo l'ospedale ma anche «una netta correlazione tra ospedale e territorio», perché il percorso «se non è totale, è solo sperimentazione».

Il modello e il metodo

Partendo da questo embrione, comunque, all'Ospedale Galliera è stato realizzato dal 2008 un ospedale basato su livelli di intensità, estendendo gradualmente fino al 2 aprile 2013 – data dell'annuncio ufficiale – l'intensità di cura a tutta la struttura sanitaria. Questo processo ha comportato una riorganizzazione in base a un classico modello di presa in carico del paziente in aree omogenee, in base alla gravità del caso e quindi del livello di complessità assistenziale: un primo livello ad alta intensità (degenze intensive e sub-intensive con rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica – UTIC, Terapia Intensiva Post Operatoria TIPO), un secondo livello a media intensità (degenze per acuti con area medica e chirurgica) e un terzo livello a bassa intensità (degenze per pazienti post acuti con stabilizzazione e riabilitazione).

Anche se il dottor Lagostena preferisce parlare di "metodo" più che di modello, perché a Genova hanno presto capito che la cosa da non fare «è coinvolgere gli operatori dopo: bisogna coinvolgerli prima. Se sono medici, poi, bisogna coinvolgerli molto prima. Per esempio, quando abbiamo ini-

The centrality of the figures of medical tutor and dedicated nurse team. The relations with the territory and the "lean" approach. Adriano Lagostena explains and comments the project of care intensity hospital at Galliera Hospital in Genoa, of which he is general manager.

ziato, ci siamo guardati in giro e abbiamo visto che all'epoca l'unica esperienza normata era la Toscana, che aveva una legge regionale in materia, così siamo andati a vedere l'esperienza della loro Asl 10: il modello era molto incentrato sull'organizzazione infermieristica, mentre la parte medica era fuori, quindi non capiva cosa doveva fare». Il modello deve quindi essere globale e «non è univoco all'interno dell'ospedale». Bisogna essere flessibili e capire le diverse esigenze.

Un approccio "snello"

Riferendosi alla sua esperienza all'Ospedale Galliera, infatti, il dottor Lagostena spiega che «paradossalmente, dove stiamo ottenendo i risultati più immediati è sul primo e sul terzo livello dell'assistenza, l'alta intensità e la bassa intensità. Perché nell'alta intensità – terapie intensive, rianimazioni, unità coronariche – si lavora molto per processo o per procedura, il ruolo medico è molto pesante e altrettanto è quello infermieristico, ma i protocolli sono molto cogenti. Mentre nell'area cosiddetta "media", il secondo livello, che poi è quello tipico dell'ospedale, c'è innanzitutto una varietà eterogenea di discipline», basti pensare all'area chirurgica e all'area medica «che non sono, anche se sembra il contrario, entità separate» ma che allo stesso tempo «non

Adriano Lagostena

Adriano Lagostena, direttore generale – E.O. Ospedali Galliera di Genova dal luglio del 2005, è nato a Lavagna (Genova) nel 1955. Laureato in Medicina e Chirurgia presso l'Università di Genova, è specializzato in Diritto Sanitario e Igiene e Medicina Preventiva, ha poi perfezionato la sua formazione in Organizzazione e Gestione Sanitaria presso l'Università Luigi Bocconi di Milano e in Organizzazione e Gestione dei Servizi Sanitari presso l'Università di Genova. È un fautore dei nuovi modelli organizzativi in sanità: «agli ospedali è richiesto sempre più il miglioramento e l'iper specializzazione dei servizi erogati a fronte di una continua riduzione dei budget assegnati. È per questo che l'Ospedale Galliera ha avviato e consolidato percorsi di innovazione organizzativa con l'obiettivo di gestire le proprie risorse in modo efficace ed efficiente. Riorganizzazione progressiva secondo il modello per intensità di cura, formazione pervasiva degli operatori al modello lean, co-fondazione del Network Italiano per la Sanità (N.I.San.) per la determinazione dei costi standard sono tra i principali interventi strategici che attraverso azioni specifiche di innovazione tecnologica e strutturale garantiscono la sostenibilità e il miglioramento nei percorsi di cura, percorsi in cui il paziente si trova al centro di ogni processo e decisione».



sono molto sovrapponibili tra di loro». Senza contare che ci sono aree specifiche «come il materno-infantile, dove la componente è ancora diversa, e dove paradossalmente abbiamo ospedalizzato l'oggetto, cioè la nascita, ma dove nella maggior parte dei casi non ci sarebbe neanche bisogno di ricovero».

Contestualizzare il clima aziendale

Il consiglio che deriva dall'esperienza è quindi che «bisogna contestualizzare: io non parlo più di modelli, ma di metodi. Il metodo vuol dire cercare di capire qual è il clima aziendale, la cultura aziendale e introdurre un modello. E noi abbiamo scelto questa strada: lavorare sull'introduzione degli approcci lean (il sistema di miglioramento continuo nato nell'industria automobilistica, nelle catene di montaggio della Toyota, ndr) nell'organizzazione per orientare i professionisti ai processi». Il risultato è che nel primo livello «entro l'anno non esisteranno più reparti, ma un'area, anche fisica, che è una delle condizioni che ci siamo imposti, dove ci sia condivisione delle risorse ma anche continuità e contiguità fisica delle strutture», una condizione fondamentale: «con la rianimazione a un



piano e l'unità coronarica a un altro non è possibile un modello di intensità di cura». Un processo che ha comportato "rivoluzioni" anche dal punto di vista strutturale, quindi, e «la condivisione delle risorse», per esempio quelle impiantistiche, che sono state integrate in «un unico grande sistema», in modo che «il passaggio del malato da un'area a un'altra non creerà alcun problema».

Il ruolo cruciale del personale

Parallelamente è stato riorganizzato anche tutto il personale. Per esempio, al primo livello è stata realizzata «un'unica grande équipe assistenziale» formata da più «di cento operatori solo in quell'area», che ha richiesto grossi sforzi per dare «uniformità al modello di continuità assistenziale» e per formare per esempio gli infermieri ai quali sono richieste «skill molto più ampie, perché non hanno un'unicità di collocazione fisica, ma funzionale» e per fortuna

«gli infermieri sono stati molto attenti e disponibili su questo percorso». Più complessa sarà la riorganizzazione del "livello 2", che comprende moltissime strutture – e dove sono funzionalmente collocate tutte le discipline mediche – dove si sono per ora creati dei sotto livelli e si sono avviati i lavori di ristrutturazione dei locali stessi dell'ospedale per adeguarle al modello. Tuttavia, insiste il dottor Lagostena, «le barriere fisiche si superano, sono le barriere culturali in realtà quelle che possono rallentare il processo». È un problema anche di formazione: «la formazione universitaria è orientata allo studio delle malattie», sintetizza Adriano Lagostena, «mentre in ospedale si trattano malati».

Un tutor per il paziente

Un malato che ha un problema, ma anche una famiglia, una sua vita, il lavoro, dei bisogni, di cui bisogna imparare «a prendersi cura. Questo è il

L'Ospedale Galliera e l'intensità di cura

L'Ente Ospedaliero Ospedali Galliera – noto come Ospedale Galliera – è stato edificato nel 1877 dalla duchessa di Galliera (Maria Brignole Sale De Ferrari), dalla quale prende il nome nel quartiere di Carignano, in prossimità della Fiera del mare di Genova. Presso l'Ospedale Galliera di Genova, l'Associazione donatori midollo osseo ha istituito il Registro italiano donatori midollo osseo che, collegato ad analoghi registri di altri 39 Paesi, permette la ricerca di potenziali donatori al di fuori del territorio nazionale. Il processo di riorganizzazione per realizzare un ospedale per intensità di cura è partito ufficialmente il 2 aprile 2013, ma «prima di partire con la diffusione della nuova organizzazione», spiega Roberto Tramalloni, all'epoca direttore sanitario dell'ospedale, «abbiamo studiato e validato il sistema sul campo, recependo anche le indicazioni contenute nel piano sanitario regionale, in

cui si fa esplicito riferimento al modello per intensità di cura. L'attivazione sperimentale di tale modello in Ortopedia e Geriatria ha portato al miglioramento delle performance assistenziali, testimoniate dall'efficacia dei risultati, conseguente alla maggiore efficienza organizzativa. Da qui la decisione di estendere gradualmente l'intensità di cura a tutta la struttura sanitaria». L'ospedale per intensità di cura, dopo il predetto periodo di sperimentazione, ha preso avvio con l'Area Medica e poi con l'Area Chirurgica. In questo ambito la nuova organizzazione prevede una rifunionalizzazione del Padiglione C adibito esclusivamente ad attività ambulatoriali con il contestuale spostamento delle degenze presenti nello stesso (S.C. Geriatria, S.C. Cure intermedie) all'interno del corpo storico dell'ospedale (primo piano Pad. B), dove sono allocate le degenze. Infatti, la contiguità è elemento pregiudiziale alla

corretta gestione dei percorsi. L'organizzazione assistenziale prevede quindi la presa in carico del paziente in aree omogenee, che lo ospiteranno in base alla gravità del caso e quindi del livello di complessità assistenziale. Al Primo livello l'Alta intensità: degenze intensive e sub intensive (rianimazione, Unità Terapia Intensiva Coronarica – Utic, Terapia Intensiva Post Operatoria TIPO). Al Secondo livello la Media intensità: degenze per acuti dell'area medica e chirurgica. Al Terzo livello la Bassa intensità: degenze per pazienti post acuti (stabilizzazione e riabilitazione). L'intensità di cura permette ai clinici di valutare il paziente nella sua complessità creando le condizioni migliori per una corretta contestualizzazione (livello di ricovero) e personalizzazione, in considerazione delle numerose variabili (per esempio età del paziente, presenza di altre patologie)

che possono intervenire o coesistere. Le ulteriori novità sono rappresentate dalle figure del tutor medico e dal team infermieristico dedicato. Dal momento del ricovero fino alla dimissione il paziente è affidato a un unico interlocutore, il tutor medico, che lo seguirà in tutto il percorso diagnostico e terapeutico. Nel prendersi cura del paziente, il tutor medico si potrà avvalere di team multidisciplinari – composti da specialisti – che vengono consultati a seconda delle esigenze di ogni singolo caso. E anche l'assistenza infermieristica è caratterizzata da un team dedicato con precise figure di riferimento per il paziente: un infermiere di processo che si occuperà dell'accoglienza in reparto, di rilevare le necessità del malato e del progetto assistenziale personalizzato. Lo stesso collaborerà con l'infermiere di settore dedicato all'assistenza diretta sul paziente.

concetto che portiamo avanti, ma non l'abbiamo inventato noi: è il concetto anglosassone di *care and care*», dice Lagostena. Il vero punto nodale di tutto il processo è «chi, all'interno della struttura, prende in carico il paziente». La chiave di volta dell'intera "rivoluzione" è rappresentata infatti dall'introduzione delle figure del "tutor medico", al quale è affidato il paziente dal momento del ricovero fino alla dimissione e che lo segue lungo tutto il percorso diagnostico e terapeutico, e dal team infermieristico dedicato.

È il tutor medico che poi si potrà avvalere di team multidisciplinari (gli specialisti), che verranno consultati a seconda delle esigenze di ogni singolo caso. Anche se in alcuni casi – si pensi, per esempio, all'Oncologia – il tutor stesso è uno specialista. Allo stesso tempo l'altra figura di riferimento per il paziente sarà un "infermiere di processo", che si occupa dell'accoglienza in reparto, di rilevare le necessità del malato e del progetto assistenziale personalizzato, collaborando con "l'infermiere di settore" dedicato all'assistenza diretta sul paziente.

«Questo è il cambiamento culturale più grosso», racconta Lagostena, che non può essere calato da un modello "teorico", ribadisce ancora, ma deve necessariamente «essere adattato alla realtà e alla finalità» che si vuol perseguire. Nell'area chirurgica, per esempio, soprattutto per «desiderio del paziente, che spesso identifica il medico di riferimento in quello che l'ha operato» il tutor deve essere preferibilmente il chirurgo stesso, che nel modello teorico sarebbe invece lo specialista.

Interno ed esterno

L'altro punto nodale, secondo il direttore generale dell'Ospedale Galliera, è rappresentato dal collegamento con il territorio. Nella sanità moderna, nella maggior parte dei casi «non si tratta più di medicina "prestazionale"» quanto piuttosto «di una medicina relazionale, di pazienti che hanno più di un patologia, magari cronica» e quindi «il rapporto con la struttura sanitaria non termina più: diventa una "staffetta", dove l'ospedale è solo uno staffettista», che riceve il testimone da un altro soggetto (per esempio, il medico di base) e a sua volta lo passa a un altro, la struttura o le strutture, ma anche i servizi sociali, le farmacie ecc., che devono continuare questa "staffetta". Dovrebbe esserci, quindi, un unico sistema informativo e poi magari «un'équipe, un infermiere di riferimento, un assistente sociale, che consenta di prendersi in carico



e seguire il paziente per tutto il percorso», un modello sia interno sia esterno, che funziona molto meglio se correlato.

Un approccio che non si ferma mai

Soprattutto bisogna avere chiaro che questo «è un processo che non si ferma, è in divenire, si può sempre perfezionare», non c'è «un end point di questo progetto», non esiste. «C'è sempre qualcosa da fare, da migliorare, da integrare ulteriormente». Ci sono però «delle tappe intermedie» da fissare man mano che il processo si sviluppa. È per questo che all'Ospedale Galliera più che di ospedale per intensità di cura si parla di «approccio lean», dove «sono già partite cinque linee di attività» e che ha portato «a un'attenzione maggiore ai percorsi all'appropriatezza gestionale».

Derivando dall'industria, provoca sempre resistenze culturali, ma «in realtà deve essere considerato come un metodo da applicare a un modello, che in questo caso è un ospedale, dove c'è comunque da affrontare la gestione dei magazzini, dei flussi» anche se c'è naturalmente «anche una componente etica ed emotiva diversa». Del resto non è la prima volta che dei concetti che non appartengono all'area medica, vengono applicati in sanità. D'altronde è l'unico modo per gestire un sistema così complesso come un ospedale, che però «è anche uno dei sistemi più standardizzabili che esistono». ■