



“Modelli organizzativi ospedalieri”

Dr.ssa E. Zandonà
Direttore Medico Ospedale Civile
Maggiore

1° Convegno Nazionale Ospedale, Città e
Territorio
Un metabolismo da riequilibrare

Verona, 16-18 marzo 2006

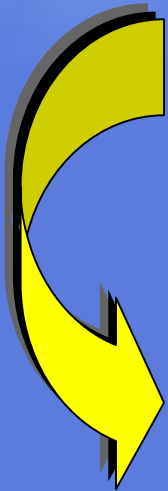
CONTESTO

Fino a trent'anni fa il bisogno di cure sanitarie veniva sostanzialmente soddisfatto dal medico di famiglia e dall'ospedale



- ✱ apertura 24 h su 24
- ✱ tecnologie limitate
- ✱ risposte sanitarie e sociali

Poi



- ✱ evoluzione conoscenze scientifiche
- ✱ necessità tecnologie ad alta complessità
- ✱ specializzazione competenze
- ✱ modifica demografia ed epidemiologia (↑età media e patologie croniche)
- ✱ aumento domanda e aumento costi



Necessità di gestire i problemi di salute in una logica di rete, offrendo un'assistenza su livelli differenziati d'intensità e complessità



Ospedali come strutture specializzate ad alta intensità tecnologica, rivolte alla cura della fase più acuta delle malattie, in stretta integrazione con le altre strutture della rete della salute

L'ospedale deve ...

... provvedere all'assistenza e al trattamento della fase acuta e post-acuta della malattia attraverso interventi diagnostici, terapeutici e riabilitativi, tecnologicamente aggiornati, in regime di ricovero (di emergenza e urgenza, ordinario, diurno, settimanale), ambulatoriale e domiciliare

L'ospedale deve ...



essere **LUOGO** di **SVILUPPO** di **CULTURA** sanitaria, di **RICERCA** e **AGGIORNAMENTO** professionale



essere **NODO** della **RETE SANITARIA**, **INTEGRATO** con i **SERVIZI TERRITORIALI** di assistenza, cura e prevenzione (assistenza di base, farmaceutica, residenziale, ecc.)

Evoluzione dei modelli assistenziali

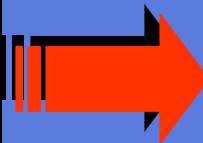
- **Riduzione Ricovero Ordinario (con riduzione della degenza media)**
Introduzione nuovi modelli:
Week Hospital
- **Aumento Day CAre:**
Day Hospital
Day Surgery
Day Service
- **Sviluppo dimissione “protetta”**
- **Adozione percorsi diagnostico-terapeutici intra-ospedalieri e tra ospedale e territorio**

Cosa si intende per modello organizzativo?

È l'***insieme delle modalità*** che un sistema complesso, quale è l'ospedale, sceglie ***per far interagire le tante, diverse parti*** (persone di diversa professionalità, servizi con specifici compiti, ecc.) ***che lo compongono***, al fine di ***realizzare i propri*** predefiniti ***obiettivi***

Tendenza attuale

Da un modello



... ad un modello



Modelli organizzativi

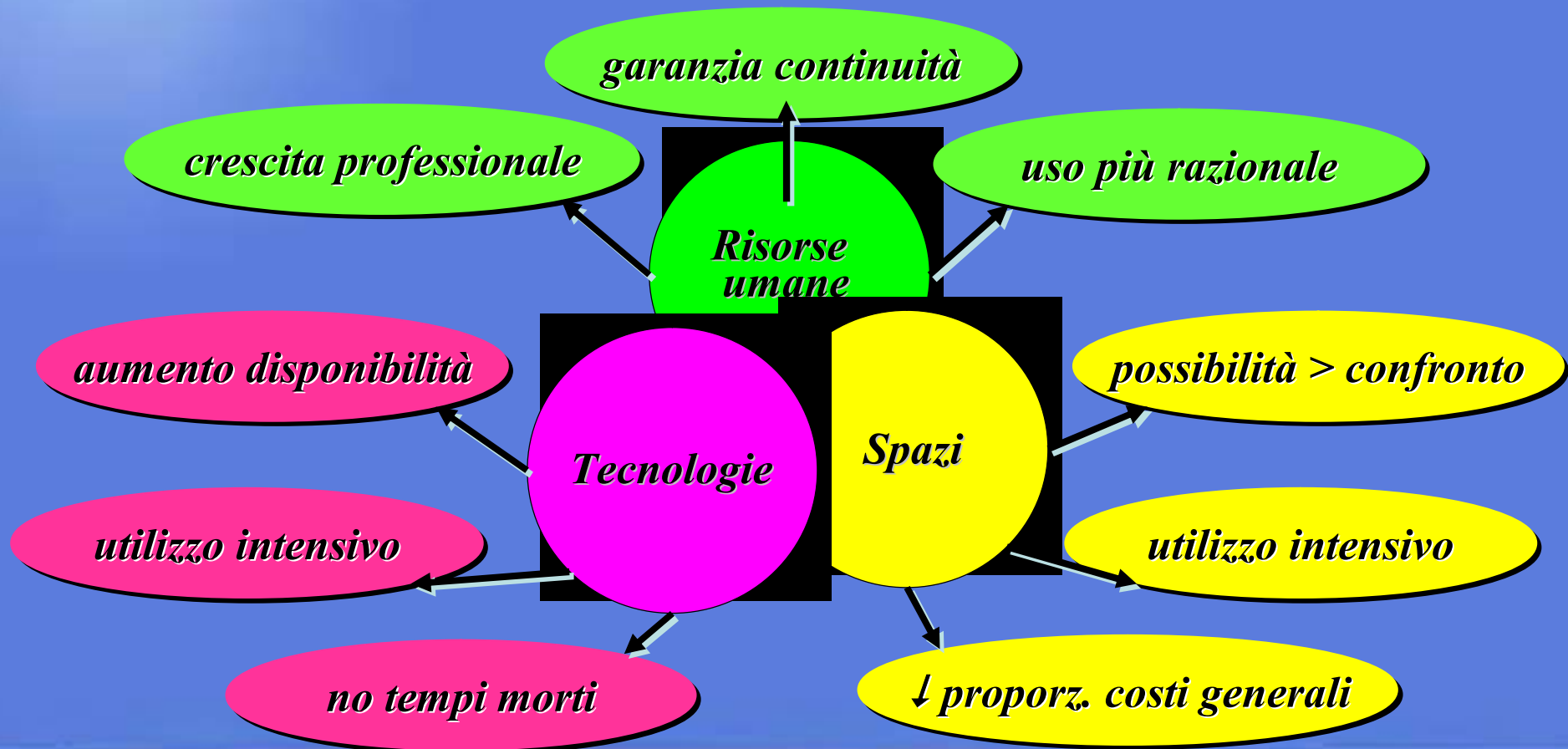
Il modello organizzativo dipartimentale ha in sé i presupposti per favorire il raggiungimento degli *obiettivi di efficacia ed efficienza*

I **dipartimenti di tipo interdisciplinare** sono:

- sottoarticolazioni del sistema complesso ospedale
- sede privilegiata per lo sviluppo delle ***politiche di Governo Clinico***, della ***costruzione dei percorsi diagnostico-terapeutici*** del paziente e dei ***profili di cura***
- dotati di ***un'autonomia gestionale*** che li rende ***base organizzativa*** sulla quale fondare i ***processi di miglioramento della qualità***

"Piattaforme organizzative"

Aree omogenee per tipo di prestazioni erogate, in cui operano i diversi dipartimenti, condividendo e gestendo in comune:



Esempi piattaforme organizzative



Il concetto di cure "graduate"

L'ospedale viene visto come articolato in zone che corrispondono ad aree organizzative correlate all'intensità assistenziale

... in particolare, per l'area funzionale delle degenze ordinarie, l'intensità di cura aumenta con l'aumentare della complessità del paziente:



degenze di terapia intensiva ("intensive care")



degenze ad alta intensità assistenziale ("high care")



degenze a bassa intensità assistenziale ("low care")



degenze per la fase di post-acuzie (riabilitativa e/o lungodegenza)

La qualità delle cure in ospedale deve essere garantita da ...

UMANIZZAZIONE dell'assistenza

EFFICACIA della cura

EFFICIENZA nella gestione

AGGIORNAMENTO professionale

Governo Clinico

The diagram features a central vertical red arrow pointing upwards from a yellow box at the bottom to the center of the slide. On either side of this central arrow are two yellow ovals. The left oval is labeled 'Governo Clinico' and the right oval is labeled 'Governo Sistemico'. Behind each oval is a black rectangular area containing a large, curved red arrow that points from the oval towards the center of the slide. The entire diagram is set against a blue background with a gradient from light blue at the top to dark blue at the bottom.

Governo Sistemico

Modelli assistenziali
Modelli organizzativi

L'umanizzazione

Non necessariamente “ospedale umanizzato” significa ospedale in cui vengono erogate cure di qualità in modo efficiente

però l'**UMANIZZAZIONE**

è dimostrazione del livello qualitativo del modello assistenziale adottato e, soprattutto, è ciò che il paziente è meglio in grado di valutare e che percepisce immediatamente (***benessere percepito***)



**CENTRALITA' DELLA
PERSONA**



L'umanizzazione si concretizza nel ...

Comfort alberghiero

```
graph TD; A[PROGETTAZIONE / ARREDO] --> B(Comfort alberghiero); C["MANUTENZIONE"] --> B; D["ASPETTI 'ACCESSORI'"] --> B;
```

The diagram illustrates the components of hotel comfort. A central red oval labeled 'Comfort alberghiero' is the focal point. Three arrows point towards it from surrounding boxes: a green box for 'PROGETTAZIONE / ARREDO', an orange box for 'MANUTENZIONE', and a yellow box for 'ASPETTI "ACCESSORI"'. Each box lists specific details related to its category.

PROGETTAZIONE / ARREDO

**camere a 1-2 letti con bagno
colori**

"MANUTENZIONE"

**pulizia
ordine
climatizzazione**

ASPETTI "ACCESSORI"

**TV – musica
no rumorosità
panorama**

L'umanizzazione si concretizza nel ...



Efficacia ed Efficienza

L'EFFICACIA DELLA CURA DISCENDE DA:



AGGIORNAMENTO professionale e culturale



IMPULSO all'approfondimento intellettuale e clinico-scientifico (ricerca)



RINNOVAMENTO diagnostico, terapeutico, tecnologico e informatico

**L'EFFICIENZA SI SOSTANZIA NEL
GARANTIRE ...**

**cure appropriate e tempestive
utilizzando in modo corretto le
risorse disponibili**

**GOVERNO
CLINICO**



**GOVERNO
SISTEMICO / ORGANIZZATIVO**



appropriatezza
organizzativa

Modello organizzativo + Modello Strutturale



Possono favorire



Umanizzazione

Efficacia

Efficienza

La qualità della cura è favorita da ...

*Degenze in area
dipartimentale*



*Possibilità di confronto e
consiglio reciproco*

Dipartimenti funzionali



*Approccio clinico di tipo
multidisciplinare*

*Studi, ambulatori e aule
di didattica sullo stesso
piano*



*Condivisione momenti
formativi*

*Collegamenti (grazie
anche alle tecnologie)
con l'Università, ecc.*



*Garanzia di aggiornamento
continuo*

... nella continuità assistenziale

Intra - ospedaliera



*Cure graduate
Dipartimenti
Comunicazione informatizzata*

*Comunicazione con altre
strutture sanitarie*



*Telemedicina
Internet*

*Integrazione con il
territorio*



*Programmazione coordinata
Percorsi concordati
Comunicazione
Attività di supporto (es.
consulenze)
Telemedicina
Dipartimenti transmurali*

Decalogo per un ospedale ad alto contenuto tecnologico ed assistenziale

Umanizzazione

Urbanità

Formazione

Socialità

Ricerca

Organizzazione

Innovazione

Interattività

Affidabilità

Appropriatezza



Tendenze e principi guida che hanno influenzato il ripensamento organizzativo, strutturale e funzionale dell'Azienda Ospedaliera di Verona



Trend epidemiologici



Programmazione ospedaliera regionale e rete provinciale



Programmazione dell'offerta territoriale



Nuovi modelli organizzativi



Trend tecnologici

- ▶ **Tecniche chirurgiche meno invasive;**
- ▶ **Apparecchiature diagnostiche sempre più sofisticate, precise ed affidabili;**
- ▶ **Riduzione delle distanze grazie alla telemedicina;**
- ▶ **Governo dell'innovazione tecnologica.**

Tendenze e principi guida che hanno influenzato il ripensamento organizzativo, strutturale e funzionale dell'Azienda Ospedaliera di Verona



Protagonismo del cittadino rispetto al problema salute

- ▶ **Maggiore informazione e consapevolezza per quanto riguarda la "salute";**
- ▶ **Maggiore attenzione alla qualità delle prestazioni erogate;**
- ▶ **Bisogni di salute sempre più differenziati.**

Tendenze e principi guida che hanno influenzato il ripensamento organizzativo, strutturale e funzionale dell'Azienda Ospedaliera di Verona

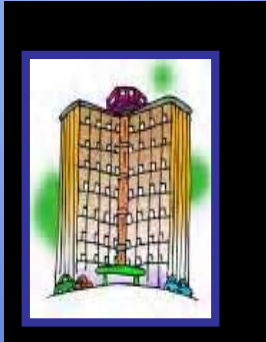


Principi guida

- ▶ **Integrazione ospedale – città – territorio;**
- ▶ **Centralità del paziente – umanizzazione;**
- ▶ **Appartenenza e solidarietà;**
- ▶ **Affidabilità;**
- ▶ **Correttezza delle cure e dell'uso delle risorse – appropriatezza;**
- ▶ **Sostenibilità economica.**

Azienda Ospedaliera di Verona?

DUE OSPEDALI



Ospedale Policlinico "GB. Rossi"

dotato di 600 p.l.

configurazione a monoblocco del 1970

Ospedale Civile Maggiore



dotato di 1.100 p.l.

configurazione a padiglioni

frutto di una stratificazione di interventi:

1914 Padiglione Alessandri

1942 Ospedale Civile Maggiore

1966 Complesso Geriatrico

1970 Edificio della Maternità

1987 Pronto Soccorso e Laboratori

La vetustà ed il modello strutturale di
entrambe le sedi condizionano
fortemente l'adozione di **MODELLI
ORGANIZZATIVI PIÙ RAZIONALI**
nell'uso delle risorse, i **PERCORSI** di
operatori e pazienti, il **COMFORT** e le
attività di **DIDATTICA** e **RICERCA**



NECESSITA' DI RIPROGETTAZIONE

PRINCIPALI PROBLEMI

- ✱ Inadeguatezza alberghiera**
- ✱ Inadeguatezza strutturale
impiantistica per supporto nuove
tecnologie**
- ✱ Percorsi**
- ✱ Difficoltà applicazione nuovi modelli
organizzativi**

NELLA RIPROGETTAZIONE DELL'AZIENDA SI E' CERCATO DI:



**TENERE IN CONSIDERAZIONE I VINCOLI /
OPPORTUNITA'**



**TENDERE ALLE SOLUZIONI CHE POSSONO
CONSENTIRE L'ADOZIONE DI MODELLI
ASSISTENZIALI E ORGANIZZATIVI IN LINEA
CON QUELLI PIÙ MODERNI ED EFFICIENTI**



METTERE AL CENTRO IL PAZIENTE



MEDIARE TRA "IDEALE" E "FATTIBILE"

VINCOLI SPECIFICI AZIENDA OSPEDALIERA

- ✱ **Articolazione in due sedi ospedaliere**
- ✱ **Due bacini d'utenza rispetto alle funzioni "base"**
- ✱ **Programmazione regionale**
- ✱ **Funzioni specialistiche peculiari di ciascun presidio**
- ✱ **Presenza dell'Università**
- ✱ **Attività di didattica e ricerca**
- ✱ **Ristrutturazioni già autorizzate e finanziate**
- ✱ **Presenza alta tecnologia**

AREE/TEMATICHE OGGETTO DI SPECIFICO APPROFONDIMENTO

Pronto soccorso – emergenza - urgenza

Specialità presenti “in doppio”

Area pediatrica

Aree “outpatient”

Aree laboratori

Aree per la didattica e la ricerca

Servizi tecnico economici

Sistema informativo

Ipotesi di previsione delle ricadute per l'Azienda Ospedaliera e per l'utenza conseguenti alla costituzione di un unico Pronto Soccorso

	2 SERVIZI PRONTO SOCCORSO	1 SERVIZIO PRONTO SOCCORSO IN AZIENDA	NOTE / CRITICITA'
RISORSE			
personale	2 organici dedicati	centralizzazione quasi completa del personale, per necessità di mantenere almeno 1 punto di primo intervento nella sede senza pronto soccorso	▪necessità mantenimento quota di personale per punto primo intervento
strutture	attuali (è già in programma un riadattamento in particolare per le astanterie - c'è inoltre PS nuovo Polo OCM già progettato)	da ripensare e riprogettare in base ai nuovi numeri	▪identificare nuova area di dimensioni adeguate ▪fare progetto ▪cercare finanziamento ▪necessità mantenimento alcuni spazi per punto primo intervento

Ipotesi di previsione delle ricadute per l'Azienda Ospedaliera e per l'utenza conseguenti alla costituzione di un unico Pronto Soccorso

	2 SEDI PRONTO SOCCORSO	1 SEDE PRONTO SOCCORSO	NOTE / CRITICITA'
ATTIVITA'			
Prestazioni erogate direttamente	Effettuazione nelle due sedi	Effettuazione in un'unica sede con possibilità di far effettuare una quota di alcune prestazioni nell'altra sede (es. medicazioni)	▪ <i>necessità intervenire sulla rete territoriale dell'emergenza!!</i> ▪ allungamento tempi d'attesa per codici non rossi
Prestazioni erogate da altre UU.OO.			
Laboratorio	Effettuate dai servizi delle due sedi	Ipotesi 1: effettuate dai servizi di laboratorio del presidio sede di PS, con relativo ridimensionamento degli stessi in termini di personale, strutture e spazi in entrambe	▪ aumento risorse nella sede di PS senza possibilità di ridurre significativamente le risorse nell'altra sede, dove vanno garantiti gli esami ordinari e in urgenza per i reparti di degenza
		Ipotesi 2: effettuate dagli attuali servizi nelle due sedi, con trasferimento di campioni biologici per compensare i carichi di lavoro	▪ organizzazione servizio di trasporto campioni biologici tra le due sedi ▪ aumento tempi per i referti

Ipotesi di previsione delle ricadute per l'Azienda Ospedaliera e per l'utenza conseguenti alla costituzione di un unico Pronto Soccorso

	2 SEDI PRONTO SOCCORSO	1 SEDE PRONTO SOCCORSO	NOTE / CRITICITA'
ATTIVITA'			
Radiologia	Effettuate dai servizi delle due sedi	Ipotesi 1: effettuate dai servizi di radiologia del presidio sede di PS, con relativo ridimensionamento degli stessi in termini di personale, strutture e spazi in entrambe	▪ aumento risorse nella sede di PS comprese attrezzature e relativi spazi ▪ necessità mantenimento attrezzature e relative attività in urgenza e non per i reparti di degenza nella sede senza PS
		Ipotesi 2: effettuate dagli attuali servizi con trasferimento dei pazienti per compensare i carichi di lavoro	▪ organizzare servizio trasporto pazienti tra le due sedi ▪ individuare quali pazienti far esaminare nella sede senza PS (in base ai codici? alla zona di residenza? ecc)
Consulenze	Effettuate dalle UU.OO. delle due sedi	effettuate dalle UU.OO. del presidio sede di PS, con eventuale supporto del personale specialista dell'altra sede (che si "muove")	▪ aumento risorse per alcune specialità nel presidio sede di PS ▪ tempi di percorrenza personale medico eventualmente proveniente dall'altra sede

	2 SEDI PRONTO SOCCORSO	1 SEDE PRONTO SOCCORSO	NOTE / CRITICITA'
ATTIVITA'			
Ricoveri	16 ricoveri / die OP e 30 ricoveri / die OCM + 1-3 trasferimenti / die per ricovero in altre sedi	Ipotesi 1: trasferimento della quota proporzionale di pazienti da ricoverare, una volta stabilita la necessità di ricovero, nella sede ospedaliera senza PS	▪organizzazione servizio trasporto pazienti da ricoverare nel presidio senza PS (con e senza assistenza medica) ▪pz critici per cui è sconsigliato il trasferimento: -necessità aumentare posti letto di rianimazione nella sede con PS (con relative necessità in termini di strutture, attrezzature e personale) -riduzione pl di rianimazione nella sede senza PS, da dedicare quasi esclusivamente a post-chirurgia ▪definizione criteri per la scelta dei pz da ricoverare in una sede o nell'altra (patologia? residenza? disponibilità pl? ...)
		Ipotesi 2: trasferimento della quota equivalente di posti letto per le urgenze dal pronto soccorso (circa 160 pl in OP) dalla sede ospedaliera senza PS a quella con PS	▪riequilibrio dei pl tra le due sedi, una delle quali diviene, praticamente, ospedale dedito solo all'elezione ▪identificazione delle tipologie di pl da trasferire nella sede con PS (sicuramente in prevalenza di area internistica generale) ▪identificazione aree per i pl di cui sopra e modelli organizzativi assistenziali ▪identificazione modalità redistribuzione pl (trasferimento UU.OO. intere? riassegnazione quote di pl a diverse UU.OO.?) ▪calcolo dell'indotto sugli altri servizi/reparti del nuovo carico di posti letto e relativo adeguamento in termini di risorse necessarie

Area "outpatient": aspetti base della riprogettazione



Aree laboratori: aspetti base della riprogettazione



Assetto organizzativo aziendale attuale e futuro

ATTUALE	INTERVENTI	FUTURO
UU.OO. "ISOLATE" Diseconomie di personale Problemi spostamenti pazienti, operatori, cose Scarsa integrazione Difficoltà di comunicazione	STRUTTURAZIONE AREE OMOGENEE ACCORPAMENTO ATTIVITÀ OMOGENEE CENTRALIZZAZIONE SERVIZI COMUNI	UU.OO. IN AREA OMOGENEA Ottimale uso del personale Miglioramento logistica Agevolazione integrazione
DIPARTIMENTI SOLO FUNZIONALI		DIPARTIMENTI STRUTTURALI E FUNZIONALI
UU.OO. MEDIE SPECIALITÀ "DOPPIE" Diseconomie del personale Sottoutilizzo delle attrezzature Utilizzo non ottimale degli spazi	ACCORPAMENTO UU.OO DOPPIE	UU.OO "MADRI" in un presidio Dotate di attività di degenza "UNITÀ PERIFERICHE" nell'altro Garantiscono attività specialistiche (attività di consulenza, ambulatoriale e DH) TUTTO CIÒ COMPORTA Ottimale uso del personale Utilizzo intensivo delle attrezzature Razionalizzazione degli spazi
DUE SERVIZI DI PRONTO SOCCORSO Carenze strutturali Percorsi in parte sovrapposti	MANTENIMENTO DI DUE AREE DISTINTE PER L'EMERGENZA – URGENZA RISTRUTTURAZIONE	DIPARTIMENTO EMERGENZA - URGENZA Differenziazione nelle funzioni delle due sedi in relazione alle diverse specialità presenti nei due presidi Riorganizzazione strutturale
UU.OO. PEDIATRICHE "DOPPIE" Carenze strutturali Diseconomie del personale Scarsa integrazione	ACCORPAMENTO ATTIVITÀ OMOGENEE RISTRUTTURAZIONE CENTRALIZZAZIONE SERVIZI COMUNI	POLO PEDIATRICO Agevolamento integrazione Ottimale uso del personale

Assetto organizzativo aziendale attuale e futuro

ATTUALE	INTERVENTI	FUTURO
SISTEMA INFORMATIVO DA IMPLEMENTARE Mancanza di scambio dati fra le due sedi mediante collegamento informatico (intranet) mancanza di interoperabilità intra ed extra aziendale	IMPLENTAZIONE	SISTEMA INFORMATIVO AGGIORNATO AI PROTOCOLLI STANDARD DI COMUNICAZIONE Condivisione dati ed altre informazioni sanitarie (es. immagini) Realizzazione interoperabilità intra ed extra aziendale Economicità di gestione
STRUTTURA ALBERGHIERA INADEGUATA Stanze di degenza a più posti letto e prive di bagno Assenza di climatizzazione Mancanza di spazi adeguati per l'attesa, l'incontro con i familiari ed i colloqui con i medici	RISTRUTTURAZIONE Stanze di degenza ad 1 o 2 posti letto con bagno Climatizzazione Spazi per l'attesa, l'incontro con i familiari ed il colloquio con i medici MIGLIORAMENTO DELL'ACCESSIBILITÀ	COMFORT ALBERGHIERO UMANIZZAZIONE
CARENZA DI AREE PER LA RICERCA E LA DIDATTICA	RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE E FUNZIONALE	AREE ADEGUATE PER LA RICERCA E LA DIDATTICA
L'OSPEDALE E LA CITTÀ: DUE REALTÀ DISTINTE	INTEGRAZIONE	OSPEDALE APERTO ALLA CITTÀ Ampliamento e valorizzazione degli spazi verdi Creazione di spazi di relazione e collettivi