

workshop  
6 maggio 2016

Intensità di cura:  
le esperienze della  
Regione Emilia-Romagna

Bologna  
viale della Fiera 8  
Terza Torre (Sala 20 maggio 2012)

Monitoraggio  
delle modalità organizzative per intensità di  
cura in RER (a. 2012-2014): Risultati

M. Mongardi - L. Sciolino

## Ospedale organizzato per intensità di cura

filosofia organizzativa che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e dell'assistenza erogata

*In questo tipo di organizzazione i bisogni dei malati assumono un ruolo centrale*



*Pazienti con bisogni assistenziali simili sono allocati in aree omogenee o piattaforme di degenza multispecialistiche*

L'idea di fondo è fornire l'assistenza avvalendosi di un mix di competenze/professionisti al fine di favorire un percorso clinico assistenziale **appropriato, efficace, efficiente, sicuro ed economico e gradito ai pazienti e agli operatori sanitari**

# Il nostro percorso

Quando	Cosa
2010	9 Aziende presentano i progetti di ricerca Bando modernizzazione
2011	Costituzione tavolo di lavoro regionale "Ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale"- Determina DGSPS n. 16356/2011 e Determina DGSPS n. 7195/2012
29,30 marzo 2012	Convegno nazionale "Modelli di Assistenza Ospedaliera per intensità di cura"
Maggio e Ottobre 2012	Evento formativo manageriale SDA Bocconi (2 giornate) - 2 edizioni
25 giugno 2012	Giornata di studio sugli strumenti per la classificazione dell'intensità clinica/complessità assistenziale
Luglio 2012 -ottobre2014	Monitoraggio delle sperimentazioni tramite N. 7 incontri con i referenti delle Az.sanitarie
Nov. dicembre 2014	Monitoraggio dello stato dell'arte sulle sperimentazioni tramite questionario on line
feb-15	Elaborazione di un documento sugli strumenti per la classificazione dei pazienti in una Organizzazione per intensità di cura



*Indirizzi regionali sulla modalità organizzativa per intensità di cura – non realizzato*



**E-R** Salute

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

Giovedì 03.09.2015 BO 20 °/31 ° Primo Piano

**E-R** Salute | Assistenza ospedaliera

## Assistenza ospedaliera per intensità di cura

In Emilia-Romagna è stata avviata la sperimentazione di una modalità alternativa di organizzazione dell'assistenza in ospedale. Un'organizzazione non più articolata, come da tradizione, in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma articolata in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.



REGIONE EMILIA-ROMAGNA Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE	
Atto del Dirigente:	DETERMINAZIONE n° 16356 del 15/12/2011
Proposta:	DPG/2011/17141 del 13/12/2011
Struttura proponente:	SERVIZIO PRESIDIO OSPEDALIERI DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Oggetto:	COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO "OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA E COMPLESSITA' ASSISTENZIALE".
Autorità emanante:	IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Firmatario:	MARIELLA MARTINI in qualità di Direttore generale
Luogo di adozione:	BOLOGNA data: 15/12/2011

REGIONE EMILIA-ROMAGNA Atti amministrativi GIUNTA REGIONALE	
Atto del Dirigente:	DETERMINAZIONE n° 7195 del 30/05/2012
Proposta:	DPG/2012/6755 del 07/05/2012
Struttura proponente:	SERVIZIO PRESIDIO OSPEDALIERI DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Oggetto:	COSTITUZIONE GRUPPO DI LAVORO "OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURA E COMPLESSITA' ASSISTENZIALE" - INTEGRAZIONE ALLA DETERMINAZIONE N. 16356 DEL 15/12/2011.
Autorità emanante:	IL DIRETTORE - DIREZIONE GENERALE SANITA' E POLITICHE SOCIALI
Firmatario:	MARIELLA MARTINI in qualità di Direttore generale
Luogo di adozione:	BOLOGNA data: 30/05/2012

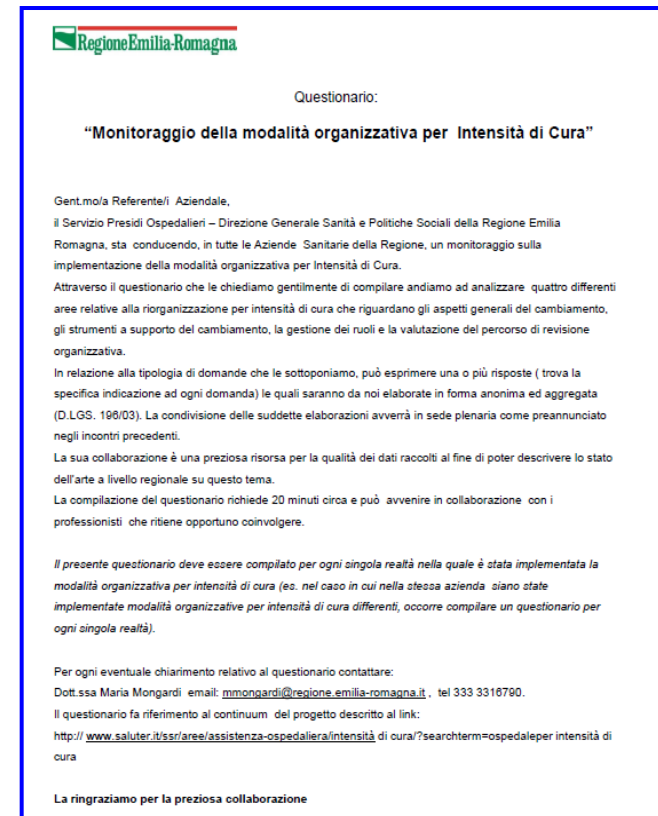
# Obiettivo dell'indagine


## ✓ Rilevare e confrontare le diverse modalità organizzative per intensità di cura implementate negli ospedali della RER

- Questionario distribuito e compilato online dai referenti aziendali

Le aree esplorate:

1. Anagrafica delle aziende partecipanti
2. Aspetti generali del cambiamento
3. Strumenti a supporto del cambiamento
4. Gestione dei ruoli
5. Valutazione del percorso di revisione organizzativa



 Regione Emilia-Romagna

Questionario:

**"Monitoraggio della modalità organizzativa per Intensità di Cura"**

Gent.mo/a Referente/i Aziendale,

Il Servizio Presidi Ospedalieri – Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, sta conducendo, in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, un monitoraggio sulla implementazione della modalità organizzativa per Intensità di Cura.

Attraverso il questionario che le chiediamo gentilmente di compilare andiamo ad analizzare quattro differenti aree relative alla riorganizzazione per intensità di cura che riguardano gli aspetti generali del cambiamento, gli strumenti a supporto del cambiamento, la gestione dei ruoli e la valutazione del percorso di revisione organizzativa.

In relazione alla tipologia di domande che le sottoponiamo, può esprimere una o più risposte (trova la specifica indicazione ad ogni domanda) le quali saranno da noi elaborate in forma anonima ed aggregata (D.LGS. 196/03). La condivisione delle suddette elaborazioni avverrà in sede plenaria come preannunciato negli incontri precedenti.

La sua collaborazione è una preziosa risorsa per la qualità dei dati raccolti al fine di poter descrivere lo stato dell'arte a livello regionale su questo tema.

La compilazione del questionario richiede 20 minuti circa e può avvenire in collaborazione con i professionisti che ritiene opportuno coinvolgere.

*Il presente questionario deve essere compilato per ogni singola realtà nella quale è stata implementata la modalità organizzativa per intensità di cura (es. nel caso in cui nella stessa azienda siano state implementate modalità organizzative per intensità di cura differenti, occorre compilare un questionario per ogni singola realtà).*

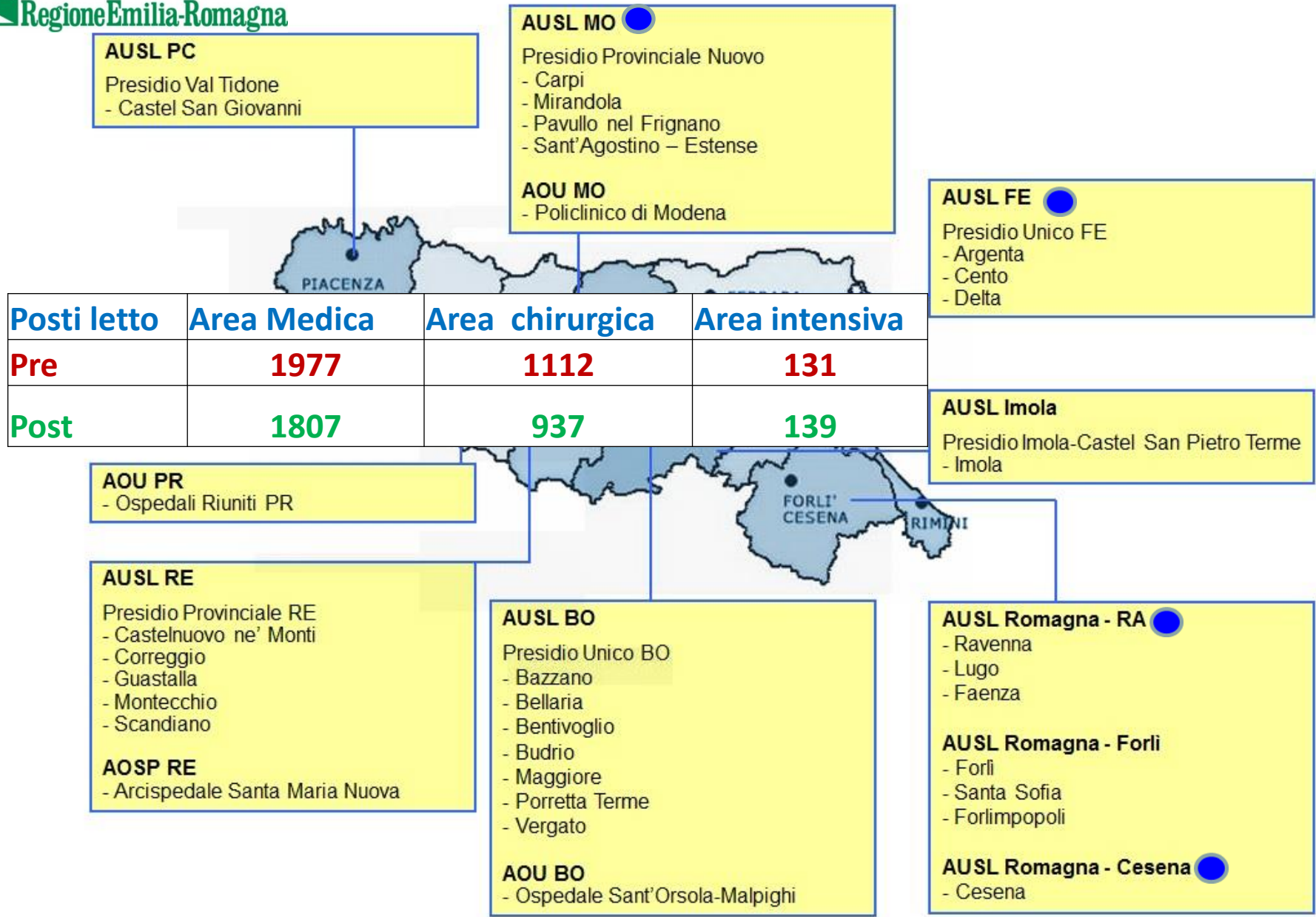
Per ogni eventuale chiarimento relativo al questionario contattare:  
Dott.ssa Maria Mongardi email: [mmongardi@regione.emilia-romagna.it](mailto:mmongardi@regione.emilia-romagna.it), tel 333 3310790.

Il questionario fa riferimento al continuum del progetto descritto al link:  
[http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedalliera/intensità di cura/?searchterm=ospedaleper intensità di cura](http://www.saluter.it/ssr/aree/assistenza-ospedalliera/intensità%20di%20cura/?searchterm=ospedaleper%20intensità%20di%20cura)

La ringraziamo per la preziosa collaborazione

## ***1 - Anagrafica delle aziende partecipanti***





Le AUSL Parma, AUSL Rimini, AOU Ferrara e IOR Bologna non hanno partecipato alla sperimentazione - **Numero totale questionari 28 (13 Aziende)**

## ***2 - Aspetti generali del cambiamento***



## Qual è stata l'origine della "spinta" al cambiamento/innovazione?

Origine del cambiamento	N	%
Mista	17	61%
Top-down	11	39%
Bottom-up	0	0%
Totale	28	100%




## Quali ambiti organizzativi ha coinvolto il cambiamento/innovazione?

Ambiti del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Ruoli, responsabilità e competenze	27	96%
Percorsi clinico-assistenziale	26	93%
Logistica	24	86%
Organizzazione di UO	24	86%
Percorso paziente	23	82%
Organizzazione Dipartimentale	4	14%



## *Il cambiamento/innovazione ha agito su...*

Bersagli del cambiamento		Sì (N)	Sì (%)
Responsabilità e gestione dei posti letto		27	96%
Risorse umane		27	96%
Gestione flessibile dei posti letto		25	89%
Attrezzature e tecnologia		19	68%
Volumi delle prestazioni		16	57%
Assegnazione preconstituita dei posti letto		16	57%
Beni materiali (farmaci, dispositivi e presidi medici ecc.)		15	54%



## Da quale figura professionale sono gestiti i posti letto?

Gestore dei posti letto	N	%
<b>Coordinatore dell'assistenza</b>	13	47%
<b>Medico e coordinatore dell'assistenza</b>	11	39%
Bed manager (1) + Bed manager e coordinatore dell'assistenza (1)	2	7%
Medico (1) + Medico di Direzione Sanitaria e Resp. Inf.co Dipartimento(1)	2	7%
<b>Totale</b>	<b>28</b>	<b>100%</b>



**Nel 93% (26/28) dei casi il cambiamento ha portato alla modifica dei percorsi del paziente.**

Percorsi paziente modificati	Sì (N)	Sì (%)
<b>PS-OBI / Med. d'urgenza</b>	22	79%
<b>Paziente chirurgico</b>	11	39%
<b>Paziente ambulatoriale</b>	10	36%
Paziente oncologico	6	21%
Paziente internistico ad alta complessità	3	11%
Paziente con ricovero programmato	3	11%
Paziente riabilitazione	1	4%
Paziente ortogeriatrico	1	4%
Paziente post-acuto	1	4%

Percorsi più frequentemente modificati

**I PDTA sono stati modificati nel 68% dei casi**

- Post-acuzie (10/28)
- Scompenso cardiaco (8/28)
- BPCO (8/28)
- Ictus-stroke (6/28)
- Frattura di femore (4/28)
- CA mammella (2/28)

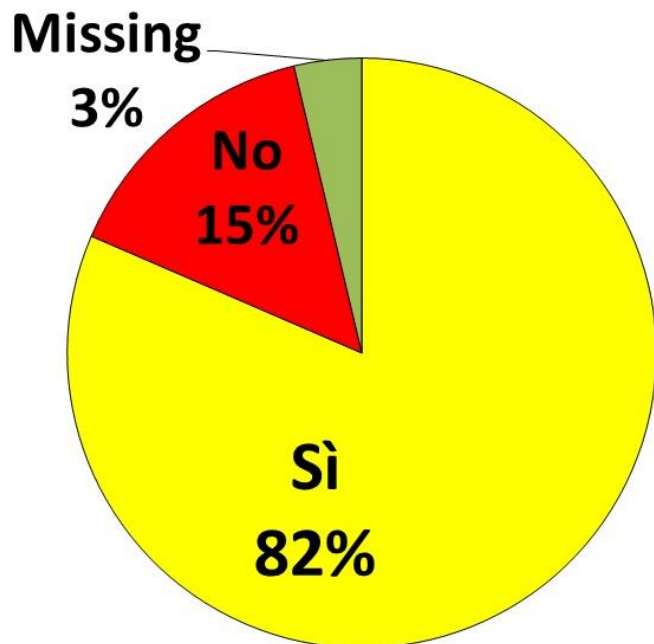
PDTA  
più frequentemente  
revisionati



## *È stata creata una piattaforma di degenza multidisciplinare?*

Piattaforma multidisciplinare	N	%
Sì	27	96%
No	1	4%
Totale	28	100%

## *La piattaforma di degenza multidisciplinare è stata organizzata secondo moduli per intensità di cura?*



Discipline maggiormente coinvolte nelle piattaforme di degenza multidisciplinare:

- Medicina generale
- Chirurgia generale
- Geriatria
- Ortopedia

## Quale modello organizzativo-assistenziale è in uso?

Modello organizzativo-assistenziale	N	%
Instabilità clinica e complessità assistenziale	9	32%
Settori pazienti «puro»	8	29%
Settori pazienti con modello funzionale (per compiti)	6	21%
Modello Funzionale (per compiti)	3	11%
Primary nursing	2	7%
Totale	28	100%

**Assistenza per settori** → si basa sulla collaborazione di più operatori nel prendersi cura di un gruppo di pazienti. Prevede un abbinamento stabile tra equipe inf.ca e gruppo di persone assistite. All'interno del settore il lavoro può essere, a sua volta, organizzato per compiti.

**Complessità assistenziale** → “l’insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell’assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e quantità-lavoro dell’infermiere (Moiset, 2003)”. Assistenza organizzata in base al livello di complessità del pz e della sua necessità di assistenza infermieristica.

**Assistenza funzionale o “per compiti”** → il lavoro viene suddiviso per compiti che sono assegnati da un responsabile/coordinatore agli altri membri del gruppo (*approccio taylorista*)

**Primary nursing** → modello di assistenza “personalizzata”, centrato sul pz, che promuove la continuità assistenziale. In base ai bisogni del pz e alle competenze dell’infermiere, ogni pz viene assegnato ad uno specifico **infermiere primario**.

## ***3 – Strumenti a supporto del cambiamento***



## Quali sono stati *gli strumenti a supporto del cambiamento/innovazione?*

Strumenti a supporto del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Interventi formativi	28	100%
Gruppi di lavoro	27	96%
Revisione del sistema informativo	21	75%
Analisi della cultura organizzativa	14	50%
Visite di lavoro	12	43%
Coaching	7	25%
Documento aziendale di indirizzo	1	4%

Inoltre, incontri di monitoraggio con il top management e consulenze  
(→ strutture organizzative incaricate del governo del cambiamento)

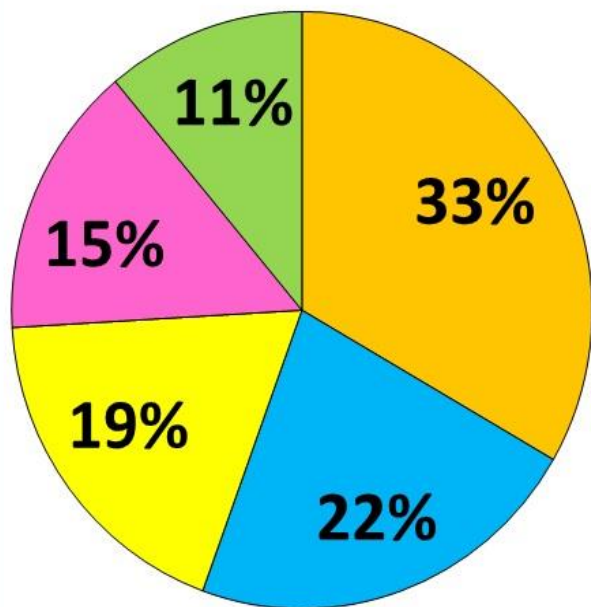


## Quali sono stati gli **strumenti della programmazione, rendicontazione e valutazione dei processi?**

<b>Strumenti di programmazione, rendicontazione e valutazione</b>	<b>Sì (N)</b>	<b>Sì (%)</b>
Revisione dei piani e dei centri di responsabilità	23	82%
Adeguamento ed utilizzo degli strumenti di contabilità analitica	16	57%
Adeguamento per processo produttivo e/o PDTA	16	57%
Revisione degli strumenti di programmazione e di valutazione	15	54%
Modifiche dei sistemi informativi a supporto della programmazione e della valutazione	14	50%
<b>Adeguamento dei flussi di attività regionali/ministeriali (es NSIS, HPS ecc)</b>	5	18%



# Quali strumenti di valutazione della instabilità clinica/complessità sono in uso?



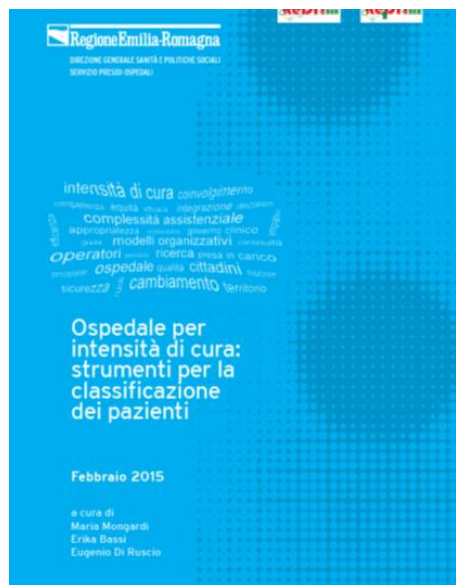
■ ViEWS, MEWS, MEWS Modificato

■ Pervinca

■ TRICO (Triage di Corridoio)

■ Nessuno

■ Altri (IIA, Persiceto Score, NAS e RASS)



SNLG  
Regioni **24**

National Early Warning Score (NEWS)

Misurazione standardizzata della gravità della malattia

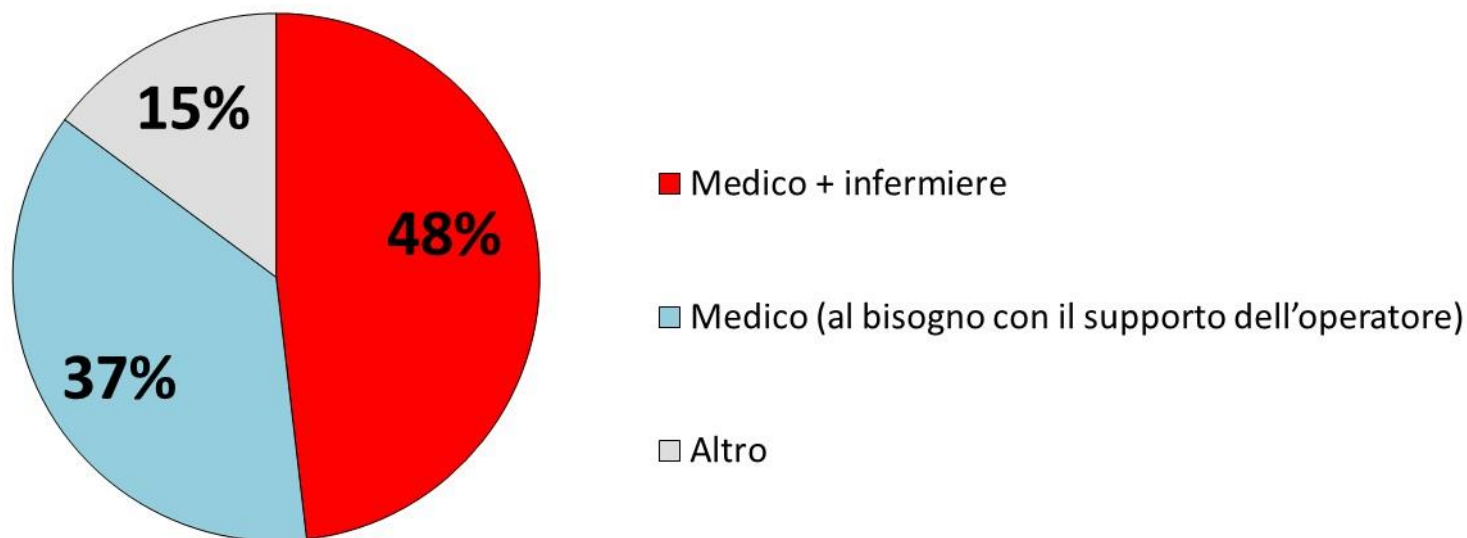
Tradotto e adattato dalla linea guida originale della Royal College of Physicians  
da Giancarlo Berni, Cesare Francois e Luigi Tonelli

**LINEA GUIDA**  
Consiglio Sanitario Regionale

REGIONE  
TOSCANA

Data di pubblicazione: 2014  
Data del primo aggiornamento: 2016

## Quali sono i professionisti presenti durante la visita medica?



## Quali strumenti organizzativi sono in uso?

Strumenti organizzativi in uso	Sì (N)	Sì (%)
Documentazione sanitaria integrata	26	93%
Istituzione di momenti di briefing e debriefing	26	93%
Trasmissione di informazioni a famigliari e caregivers	25	89%
Trasmissione di informazioni sui pazienti nei momenti di cambio turno	22	79%

## ***4 - Gestione dei ruoli***

## Sono stati creati nuovi ruoli a seguito della riorganizzazione?

Nuovi ruoli	N	%
Sì	26	93%
No	2	7%
Totale	28	100%

### Quali?

Nuovi ruoli	Sì (N)	Sì (%)
Medico referente del caso clinico	18	64%
Bedmanager	17	61%
Casemanager di processo	15	54%
Casemanager PDTA	7	25%
Medico referente di processo	6	21%
Care manager	2	7%
Ingegnere gestionale	0	0%





# BED Manager



## Quanti sono?

Presenti in 17 casi

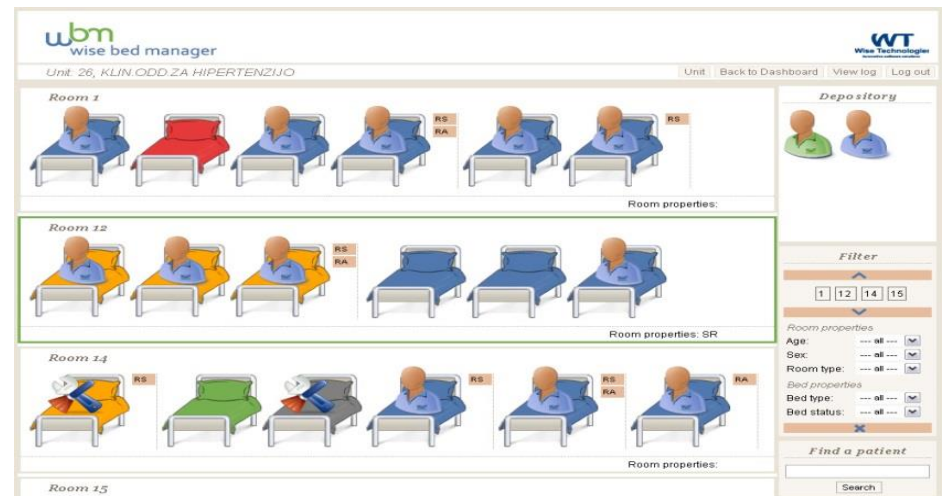
- 1 bedmanager (13/17)
- 2 bedmanager (3/17)
- 5 bedmanager (1/17)

## Con chi lavorano

- Medici degenza
- Medici PS
- Medici, direzione sanitaria

## Di cosa si occupano

- Trasferimenti interni all'Azienda
- Ricoveri da PS, OBI, Med. Urg
- Ricoveri ordinari



## Servizi di appartenenza

- Piattaforma degenziale (45%) – 7/16
- Direzione sanitaria (25%) – 4/16
- Altro- 5/16 (DIT, Dip. Chir, Dip. Oncologico, DIT+DS, DIT+ Dip Materno Infantile)



## Case manager



Gestisce il caso

### Quanti sono

- In 20 casi (71%) è presente almeno una delle tre tipologie di **case manager** (range 1-19)

### Di cosa si occupano

- di pazienti definiti più critici
- di pazienti di un settore
- della continuità assistenziale

## Care manager



Gestisce il processo

## CASE Manager di processo

### Quanti sono

- presente in 15 casi

### Di cosa si occupano

- di continuità assistenziale
- di dimissioni protette



## CASE Manager per PDTA

### Quanti sono

- presente in 7 casi

### Di quale PDTA si occupano

- paziente oncologico
- paziente con ictus/stroke

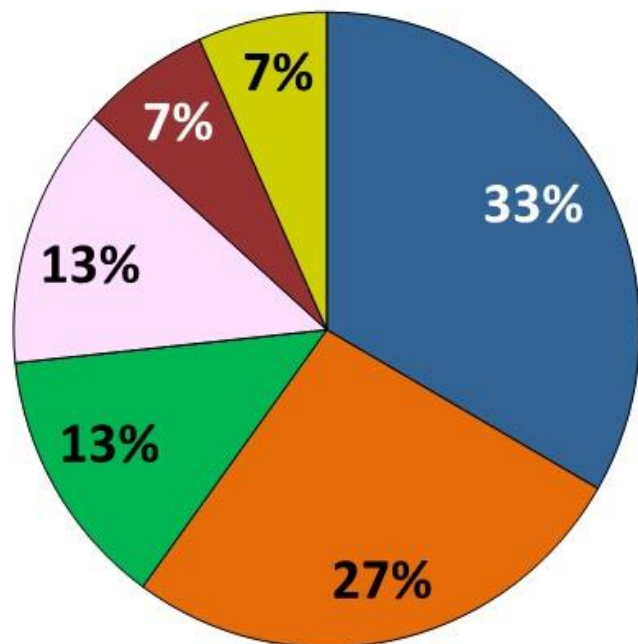
## Care manager



Presente solo in 2 casi (7%) per la presa in carico di gruppi di pazienti, area anziani fragile



## Percorso formativo del case manager



- Formazione sul campo
- Master di primo livello
- Master di primo livello + Formazione sul campo
- Master di primo livello + Corso Alta Formazione (CAF) + Formazione sul campo
- Corso Alta Formazione (CAF)
- Master di primo livello + Corso Alta Formazione (CAF)

**Quali ambiti di attività sono stati oggetto di cambiamento per il coordinatore dell'assistenza?**

Coordinatore dell'assistenza – attività cambiate	Sì (N)	Sì (%)
Gestione posti letto	25	89%
Gestione del personale	22	79%
Gestione farmaci/dispositivi – presidi medici	21	75%
Partecipazione ai momenti di briefing e debriefing	21	75%
Incontri/riunioni con l'equipe	18	64%
Accoglienza/ricovero del paziente	16	57%
Gestione dimissioni	14	50%
Comunicazione con pazienti/caregiver e famigliari	14	50%
Gestione dimissioni protette	12	43%



*Molte attività del coordinatore dell'assistenza hanno subito modifiche a seguito della riorganizzazione*

**Un ruolo da innovare ...**

## ***5 - Valutazione del percorso di revisione organizzativa***

**È stata compiuta una valutazione “a tempo 0” rispetto:**

- all’organizzazione?
- al gradimento di pazienti e caregiver?
- al gradimento degli operatori?

Valutazione al tempo 0	Sì (N)	Sì (%)
Su organizzazione	28	100%
Su gradimento pazienti e caregiver	16	57%
Su gradimento degli operatori	14	50%

**È stata compiuta una valutazione d’impatto rispetto:**

- all’organizzazione?
- al gradimento di pazienti e caregiver?
- al gradimento degli operatori?

Valutazione d’impatto	Sì (N)	Sì (%)
Su organizzazione	14	50%
Su gradimento pazienti e caregiver	2	7%
Su gradimento degli operatori	5	18%



## Indicatori di struttura

<i>Indicatori di struttura</i>	<i>Aziende</i>
Tasso di occupazione dei posti letto	AUSL RE, AUSL BO, AOU MO, AOU PR, AO RE, AOU BO
Degenza media	AUSL RE, AUSL BO, AUSL MO, AUSL FE, AUSL Imola, AOU MO, AOU PR, AO RE, AOU BO
Degenza media pre-operatoria	AOU BO, AUSL Romagna-Forlì
% ricoveri > 20gg su tot ricoveri ordinari	AUSL Romagna-Forlì
N° pazienti in lista d'attesa	AOU BO, AUSL BO
Tempi di attesa per ricovero	AOU BO
Durata media attesa in PS	AUSL Imola
N° re-ricoveri a 30 gg	AOU BO, AUSL BO
N° re-ricoveri in Terapia intensiva (high-care) a 48 ore dalla dimissione	AUSL MO
N° trasferimenti tra aree assistenziali a diversa intensità/ N° trasferimenti interni	AUSL BO, AO RE
% pazienti trasferiti dalla Week in degenza ordinaria nel WE	AUSL Romagna - Forlì
N° trasferiti	AUSL BO, AUSL Romagna - Forlì
N° ricoveri da PS per fascia oraria e N° ricoveri da PS per disciplina	AO RE
% ricoveri settimanali da PS, N° dimessi, % dimissioni protette con ADI e MMG, % bed blockers	AUSL Romagna - Forlì
N° pazienti trattati in low-care	AUSL MO

# Indicatori di processo

<i>Indicatori di processo</i>	<i>Aziende</i>
% dimissioni verso casa, % dimissioni verso Hospice	AO RE
% dimissioni protette	AUSL BO
% contatti ADI tardivi su tot dimissioni protette	AUSL Romagna - Forlì
% interventi ortogeriatría entro 48 ore	AUSL Romagna-Forlì
% interventi "classe A" entro i 30 gg	AUSL BO
N° interventi chirurgici in emergenza, bassa complessità, percorso fegato VB, percorso tratto alimentare, percorso pancreas, percorso oncologia pelvica femminile	AOU BO
Monitoraggio dello stato di autonomia/dipendenza	AOU MO
Monitoraggio del dolore	AUSL BO, AOU MO
% valutazioni UVM su totale dei ricoveri ordinari	AUSL Romagna - Forlì
% di adesione al PDTA, % di pazienti assegnati al PDTA predefinito	AUSL Imola
% pazienti assegnati al setting assistenziale	AUSL Imola
% pazienti collocati nell'area di pertinenza	AUSL BO
% adesione igiene delle mani,	AUSL BO
N° Audit su dolore post-operatorio, dolore cronico e trattamento LDP	AUSL BO
% di check-list compilate	AUSL BO
Indice comparativo di performance	AUSL Ferrara
Tempi di processo in PS	AO RE



## Indicatori di esito

<i>Indicatori di esito</i>	<i>Aziende</i>
N° LDP	AOU MO
N° Cadute	AOU MO
Infezione ferita chirurgica (SICHER)	AUSL BO
Infezione da CAUTI/1000 gg catetere	AUSL BO
N° Infezioni CVC	AOU MO
Tasso di mortalità per ictus	AUSL Romagna - Forlì
Tasso di mortalità per sepsi	AUSL MO
N° Eventi avversi post-chemioterapici	AOU MO
% operatori soddisfatti	AUSL RE
% gradimento dell'assistenza di pazienti e familiari	AUSL RE

## *Punti di debolezza*

Macro categorie identificate:

1. Resistenza al cambiamento
2. Limiti sistema informatico-informativo
3. Eterogeneità formazione/motivazione del personale
4. Difficoltà di integrazione
5. Limiti applicabilità del modello



## 1. Resistenza al cambiamento

- ✓ Difficoltà al cambiamento (resistenza dei professionisti) [6 volte]
- ✓ Scarsa disponibilità di personale per modulare l'assistenza per complessità assistenziale dei pazienti
- ✓ Permane, in parte, la cultura della proprietà del posto letto per disciplina
- ✓ Difficoltà, da parte della figura medica a riconoscere il ruolo gestionale del coordinatore

## 2. Limiti sistema informatico-informativo

- ❑ Disallineamento del nuovo assetto rispetto ai flussi informativi regionali/ministeriali [7]
- ❑ Disallineamento tra le logiche riorganizzative e il sistema di programmazione e controllo aziendale (rendicontazione, budget, accreditamento, flussi informativi) [4]
- ❑ Supporti informatici non adeguati es. terapia farmacologica informatizzata, cartella clinica [4]

## 3. Eterogeneità formazione/motivazione del personale

- Livelli culturali diversi (favorevoli e resistenti al cambiamento) [10]
- Livelli diversi di motivazione professionale [2]
- Limite formativo degli operatori sanitari

## 4. Difficoltà di integrazione

- Integrazione professionale [3]
- Unione équipes assistenziali [2]
- Difficoltà di raccordo con la direzione aziendale, il top management e le Unità operative

## 5. Limiti applicabilità del modello

- Limiti logistico-architettonici [8]
- Trasferimenti fra aree (bassa, media e alta intensità) con potenziale perdita di continuità assistenziale [4]
- Non utilizzati gli strumenti per misurare l'instabilità clinica e la complessità assistenziale
- Allocazione appropriata del paziente in base alla instabilità clinica e alla complessità assistenziale
- Disallineamento tra instabilità clinica e complessità assistenziale dei pazienti
- Aumentato carico di lavoro correlato alla documentazione sanitaria
- Tempi di formazione continua molto lunghi
- Mancanza di letteratura sulla definizione di ospedale organizzato per intensità di cura

## *Punti di forza*



Macro categorie identificate:

1. Appropriatelyzza ed “efficientamento” del sistema
2. Partecipazione, integrazione professionale e multidisciplinarietà
3. Presa in carico «globale» del paziente
4. Logistica dei servizi
5. Nuovi ruoli e valorizzazione del personale

## 1. Appropriatelyzza ed efficientamento

- ✓ Migliore gestione del posto letto, flessibilità e appropriatezza dell'utilizzo del posto letto [13 volte]
- ✓ Razionalizzazione uso delle risorse [2]
- ✓ Standardizzazione PDTA [2]
- ✓ Personale, competenze, tecnologie in base alla complessità del paziente
- ✓ Migliore gestione liste di attesa
- ✓ Efficientamento indicatori di performance (es. degenza media)

## 2. Partecipazione, integrazione professionale e multidisciplinarietà

- Integrazione professionale [7]
- Multidisciplinarietà [3]
- Coinvolgimento dei professionisti [2]
- Volontarietà di adesione al progetto di riorganizzazione
- Preparazione formativa con scelte condivise
- Standardizzazione processi comunicativi nella equipe
- Alto livello di collaborazione tra direzioni mediche e direzione delle professioni sanitarie
- Creazione di equipe multidisciplinari e multiprofessionali per la cura e l'assistenza

## 3. Presa in carico globale del paziente

- Miglioramento dei percorsi di cura [5]
- Maggiore adesione alla risposta clinico-assistenziale ai reali bisogni delle cure e dell'assistenza [4]
- Miglioramento dell'assistenza e della presa in carico globale dei pazienti – approccio di cura multidisciplinare [3]
- Rimodulazione attività assistenziale per percorsi di cura
- Presa in carico del paziente
- Migliore comunicazione fra famiglia e struttura ospedaliera
- Pianificazione della dimissione

## 4. Logistica dei servizi

- Creazione piattaforme logistiche degenziali [2]
- Migliore pianificazione delle prestazioni collegate ad un ricovero programmato (diagnosi radiologica, indagini endoscopiche ecc.)
- Logistica strutturale completamente revisionata

## 5. Nuovi ruoli e valorizzazione del personale

- ❖ Valorizzazione dei professionisti [3], Motivazione del personale, Creazione nuovi ruoli professionali (es. bed manager)

## Resilienza: la capacità di riprendersi dalle difficoltà (Oxford English Dictionaries)



La **resilienza di un sistema sanitario** può essere definita come **la capacità degli attori sanitari, delle istituzioni e delle popolazioni di prepararsi e rispondere in modo efficace alle crisi**; mantenere le funzioni principali quando la crisi colpisce e, a partire dalle lezioni apprese durante la crisi, **riorganizzarsi se le condizioni lo richiedono**".

*Kruk et al. (2015), p. 1910*

Il **British Standard, BS65000 (2014)** definisce la "**resilienza organizzativa**" come "**l'abilità di un'organizzazione di anticipare, prepararsi, rispondere e adattarsi a un cambiamento crescente e agli improvvisi disservizi al fine di sopravvivere e avere successo**".

## Resilienza: la capacità di riprendersi dalle difficoltà



**L'obiettivo dei sistemi sanitari di successo** è di essere in grado di adattarsi, di apprendere e di essere flessibili. Questi tre concetti essenziali (core) sono fondamentali per costruire e sviluppare la resilienza.

- ✓ La **flessibilità** (flexibility) - abilità dell'organizzazione di modificare facilmente i suoi processi
- ✓ La **adattabilità** (adaptability) – abilità di un'organizzazione di cambiare o di essere cambiata
- ✓ **Un'organizzazione che apprende** (learning organization) è un'organizzazione che facilita l'apprendimento dei suoi membri e si **trasforma in continuazione**.



## Resilienza: la capacità di riprendersi dalle difficoltà



***Kurk et al. (2015)*** identificano cinque elementi come essenziali per un sistema Sanitario resiliente:

1. I sistemi resilienti sono **consapevoli**
2. I sistemi resilienti sono **di diversa natura**
3. I sistemi resilienti **si auto-regolano**
4. I sistemi resilienti sono **integrati**
5. I sistemi resilienti sono **adattivi.**

Grazie



## I Responsabili scientifici Aziendali dei progetti di modernizzazione:

M. Cavalli, M.G.Stagni, G. Longo, A. Campagna, C. Basili, E. Longhitano, E. Dall'Olmi, G. Chesi, P. Bernardi, G. Fanelli, F. Pirola, M. Gazzi, A. Silvestro, F. Franchi

## I referenti Aziendali che hanno compilato il questionario:

**Ausl Pc:** K. Bulgarelli, A. Contini, G. Delfanti, S. Gandolfi, C. Segalini, L. Tibaldi

**AOU Pr:** M. Dazzi, P. Del Rio, G. Gavioli, M. Gazzi, T. Lavalle, I. Raboini, L. Sircana, R. Zucchelli

**Ausl Re:** G. Chesi, S. Coriani, S. Gualtieri, A. Messori, L. Paterlini, D. Riccò

**Aosp RE:** L.Cavazzuti, ME Costa, M. D'Inca, M. Iemmi, G. Mazzi, E. Vezzani, P. Zanoni

**AOU Modena:** Brugioni L., Campagna A., Pederzini L., Turci G., Zanin R.

**AUSL Modena:** Anesi A., Arcolin E., Brunetti M., Cioni G., Florini C., Garzia A., Marchesi C., Milani D., Orlando P., Pietrantonio A., Po I.

**AOU Bologna:** Bandini A., Cavalli M., Di Tella S., Lama L., Longanesi AM., Vigne L., Zanna B., Zanotti E.

**AUSL Bologna:** Annichiarico M., Bernardi R., Bianconcini M., Cacciari B., Fiamminghi M., Franchi F., Gavioli G., Ongari M., Tamburini F., Tartari L.

**AUSL Imola:** Carollo D., Dall'Omi E., Nanni I., Pasquali S., Rossi A., Stanzani S.

**AUSL Ferrara:** Caselli B., Gilli L., Grotti A., Marabini M., Melloni M., Nola S., Pelati C.

**AUSL Romagna – Cesena:** Mazzoni R., Valmori V.

**AUSL Romagna – Forlì:** Bianchi S., Boschi F., Fiorini M., Fumagalli MA., Mambelli S.

**AUSL Romagna – Ravenna:** Monti M., Spagnoli G., Taglioni M.

**A tutti gli operatori medici, infermieri, operatori socio sanitari coinvolti nel percorso di revisione organizzativa**



Future Hospital  
Commission

## Future hospital: Caring for medical patients

A report from the Future Hospital Commission  
to the Royal College of Physicians  
September 2013

Future Hospital  
Commission

## Future hospital: Caring for medical patients

Executive summary  
September 2013

Future Hospital  
Commission

## Future hospital: Caring for medical patients

Extracts: vision and recommendations  
September 2013

Grazie