


Dario Rosini - Lorenzo Bartoli - Mario Romeri - Fausto Mariotti

VERSO L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA
PER INTENSITÀ DI CURA

*Analisi delle criticità e delle possibili soluzioni legate al passaggio dalla
logica organizzativa ospedaliera tradizionale a quella per intensità di cura*

Dario Rosini, Lorenzo Bartoli, Mario Romeri, Fausto Mariotti
Verso l'organizzazione ospedaliera per intensità di cura
Copyright © 2010 Editrice UNI Service, Trento
Prima edizione: giugno 2010, *Printed in Italy*
ISBN 978-88-6178-569-4

In copertina: *L'oggetto prende forma*, Carlo Lazzeri, 1982

Progetto grafico di copertina: 



www.uni-service.it

Novità - Catalogo - Acquisti on-line

Legenda degli acronimi

AOD:	Area Organizzativa Dipartimentale
ABC:	Activity Based Costing
ASL:	Azienda Sanitaria Locale
CC:	Centro di costo
CR:	Centro di Responsabilità
CRR:	Centro di Riferimento Regionale
DAI:	Dipartimento ad Attività Integrata
DBA:	Database Administrator
DEA:	Dipartimento Emergenza e Accettazione
DH:	Day Hospital
DPR:	Decreto del Presidente della Repubblica
DRG:	Diagnosis Related Group
ECM:	Educazione Continua in Medicina
ETL:	Extract Transform Load
ICT:	Information & Communication Technology
OLAP:	On-Line Analytical Processing
OLTP:	On Line Transaction Processing
PACS:	Picture Archiving and Communication System
PL:	Procedural Language
RDBMS:	Relational Database Management System
RIS:	Radiological Information System
SQL:	Structured Query Language
UO:	Unità Operativa
UP:	Unità di Prelievo

INDICE

1. Introduzione	9
2. Settore sanitario pubblico e innovazione organizzativa	11
2.1 I punti di riferimento necessari per implementare l'intensità di cura	15
3. Il contesto di riferimento	19
3.1 Il punto di partenza, l'Atto Aziendale e la visione ad esso collegata	19
3.2 Il modello organizzativo dipartimentale	20
3.3 Il sistema di regole del modello produttivo	23
3.4 La definizione dei diversi livelli di intensità di cura e le principali problematiche connesse alla loro gestione	27
3.5 La trasversalità del percorso assistenziale nel nuovo modello produttivo	32
3.6 I principali dubbi concettuali riguardo al modello produttivo	34
4. Lo sviluppo concettuale del piano dei centri per intensità di cura e la pianificazione della sua implementazione	37
4.1 La situazione contabile e informativa del 2005	37
4.2 La natura dell'azienda e l'importanza di sistemi direzionali adeguati	42
4.3 La visione contabile ed informativa	43
4.3.1 Una nuova fase di impianto per la contabilità analitica	45
4.3.2 I contenuti del progetto per il sistema informativo aziendale	48
4.3.3 Risorse e collaborazioni necessarie	52
4.3.4 Dai dati all'informazione, le caratteristiche del repository aziendale	53
4.4 Il percorso metodologico intrapreso tra programmazione e contigenza	58
4.4.1 Un test di solidità: il censimento del personale sul nuovo modello	62
4.5 Il cambio di logica nel piano dei centri	66
4.6 I molteplici significati dei nuovi centri	75
4.7 Le regole di utilizzo dei nuovi centri	79
4.7.1 La rilevazione dell'atto clinico nel nuovo modello	80
4.7.2 La rilevazione degli eventi di consumo nel nuovo modello	83
4.7.3 Eccezioni e criticità rispetto alla logica del modello	85

5	L'implementazione del piano dei centri per intensità di cura	89
5.1	L'approccio integrato alla programmazione delle attività di implementazione	90
5.2	L'attivazione del nuovo piano sui sistemi amministrativo-contabili (marzo 2007)	93
5.3	L'attivazione del nuovo piano sui sistemi clinici (dicembre 2007)	100
5.3.1	Le criticità generali di tenuta del modello previste	104
5.3.2	Le soluzioni implementate e gli esiti	107
6	Riflessioni e prospettive	113
6.1	Il ruolo dell'ICT nel processo di cambiamento tra passato e futuro	114
6.2	Problemi e opportunità che il nuovo modello pone al controllo di gestione	119
7	Conclusioni	127
	Bibliografia	129

VERSO L'ORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA
PER INTENSITÀ DI CURA

Analisi delle criticità e delle possibili soluzioni legate al passaggio dalla logica organizzativa ospedaliera tradizionale a quella per intensità di cura

1. INTRODUZIONE

Questo lavoro contiene la descrizione del passaggio organizzativo, contabile, informativo e logistico affrontato da una delle più grandi Aziende Ospedaliero-Universitarie italiane negli anni dal 2005 al 2009 per ridefinire la propria struttura ed i propri meccanismi operativi secondo i principi enunciati nell'Atto Aziendale ed in funzione dell'intensità di cura.

Le previsioni normative nazionali e regionali hanno infatti comportato la necessità di ridisegnare nello Statuto i processi e l'organizzazione in funzione della specificità del bisogno assistenziale e dell'ottimizzazione dei livelli di risposta. L'obiettivo è stato quello di favorire l'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico e di garantire il miglioramento continuo dei protocolli tecnico-scientifici e delle linee guida sia dal punto di vista dell'efficacia che dell'efficienza dei trattamenti.

In linea con questa visione di fondo, il progetto di revisione organizzativa dell'Azienda ha cercato di superare la logica della frammentazione, per sposare invece quella della coesione, della condivisione delle risorse, dell'integrazione tra specialità, della multidisciplinarietà, della completezza dei percorsi diagnostico terapeutici e dell'innovazione dei servizi erogati. In particolare, a livello organizzativo si è perseguita la strada della realizzazione del percorso preventivo, diagnostico-terapeutico e riabilitativo del paziente, secondo una visione unitaria e coordinata delle attività assistenziali le quali sono per loro natura inscindibilmente legate a quelle didattiche e di ricerca.

Tale visione ha trovato la sua realizzazione nella costituzione dei Dipartimenti ad Attività Integrata (DAI), che assicurano il coordinamento, l'unitarietà e l'appropriatezza nell'erogazione dei servizi attraverso elementi forti di integrazione e condivisione relativamente agli aspetti organizzativi, clinici e professionali.

Da un sistema frammentato si è passati ad un sistema complesso che supera i tradizionali limiti dell'organizzazione per unità operative e mira a focalizzare la gestione integrata dei processi e delle attività. L'unitarietà del percorso diagnostico-terapeutico del paziente e la sua puntuale trac-

ciabilità trasversale sia dal punto di vista clinico che logistico assistenziale, sono divenuti i punti di riferimento della riorganizzazione posta in atto.

A fronte di un modello organizzativo-produttivo fortemente avanzato e innovativo e di una forte motivazione e spinta da parte della Direzione e degli attori coinvolti, l'operazione ha evidenziato comunque molti elementi di complessità, che vanno dalla necessità di accompagnare il processo di cambiamento con azioni operative, formative e comunicative all'esigenza di ridefinire completamente i paradigmi contabili ed informativi di rilevazione degli eventi.

Da quest'ultimo punto di vista, la mancanza di soluzioni informative e contabili già pronte e di esperienze di riferimento consolidate ha comportato l'esigenza di dar vita ad un dinamico laboratorio interno il quale, affrontando in parallelo le problematiche organizzative e quelle informativo-contabili attraverso il coinvolgimento di un elevatissimo numero di operatori, ha permesso lo sviluppo di uno straordinario patrimonio di conoscenza.

Nelle pagine che seguono, oltre a ripercorrere le tappe principali di questo processo, vengono evidenziati i principali risultati conseguiti e le prospettive future che questi ultimi aprono a tutti coloro che giornalmente si impegnano nell'implementazione contabile, informativa e logistica di modelli organizzativi in sanità.

Al lettore attento, nel corso della trattazione, non sfuggirà che più volte, durante il processo di cambiamento, sono stati affrontati momenti di crisi.

Poiché i momenti critici impongono per definizione delle scelte¹, si noterà che nel percorso intrapreso alcuni corsi di azione sono stati dati per scontati a scapito di altri. Questo non vuol dire che intorno a quelle problematiche non ci sia stato sufficiente dibattito quanto piuttosto che talvolta i problemi tecnici affrontati hanno posto dei dilemmi e questi ultimi sono stati risolti alla luce della coerenza generale del modello. La perdita di questa coerenza avrebbe determinato una mancanza di punti di riferimento indispensabili per risolvere le innumerevoli, e in larga parte imprevedute, difficoltà che via via si sono presentate.

¹ Nella lingua cinese la parola crisi viene rappresentata con due ideogrammi che identificano rispettivamente la minaccia e l'opportunità. Inoltre nella lingua greca, dalla quale il termine deriva, esso significa proprio "scelta", "decisione".