

“Il governo dell’ospedale tra indicazioni di bilancio e compiti di salute “

L’assistenza ospedaliera resta indubbiamente il fulcro di ogni sistema di promozione e tutela della salute. Per ragioni economiche, sociali, di impatto sulla rete sanitaria, di sviluppo delle conoscenze e dell’innovazione e, probabilmente, per il fatto di essere la funzione assistenziale più a contatto con i bisogni “estremi” e complessi del cittadino.

Tuttavia parlare oggi di sistema ospedaliero vuol dire anche avere la capacità di cogliere le straordinarie evoluzioni del modello tradizionale di assistenza sanitaria con le quali, l’ospedale, come funzione, come modello, come strategie, non può non confrontarsi in modo propositivo e innovativo.

La grande sfida cui il Ssn italiano – ma lo stesso vale per tutti i grandi sistemi di tutela della salute europei – deve rispondere, anche con forme e strumenti nuovi, è infatti quella dell’evoluzione del bisogno di salute e dei grandi cambiamenti nell’assetto demografico ed epidemiologico del Paese.

Non è infatti una novità la necessità di una progressiva ma decisa e inevitabile riconversione della *mission* ospedaliera, verso un ruolo sempre più di alta assistenza e in grado di integrarsi con l’insieme delle strutture territoriali, per dare vita a una vera continuità assistenziale per un cittadino sempre più esigente ma anche sempre più “solo” nella lunga convivenza con la cronicizzazione della malattia.

Un’altra sfida è poi quella dell’umanizzazione dell’ospedale, dando a questo termine il significato pieno della presa in carico del paziente dove siano felicemente coniugabili efficienza, qualità, accoglienza e amorevolezza del rapporto tra struttura e persona.

Fatte queste premesse, non trovo un modo migliore per riflettere sull’argomento se non quello di raccontare la mia esperienza di direttore generale del PTV.

Nel 2001, nel discorso inaugurale, indicando i punti della *mission* del policlinico, cercai proprio di riportare in forma applicativa quei valori - umanizzazione, accoglienza, qualità delle cure ma anche efficienza e responsabilità gestionale rispetto a obiettivi chiari e trasparenti di miglioramento costante dell’assistenza – che ritengo rappresentino la nuova frontiera del “fare sanità” oggi.

Considerando che “la medicina è insieme un sapere e una pratica (ArcodiGiano 2004)”, un policlinico universitario ha tuttavia anche il dovere di trasferire l’indiscussa qualità del sapere nella pratica. E questo attraverso una nuova attenzione alla ricerca e alla formazione, investendo anche in questi due campi in modo innovativo e sempre più intrecciato con quegli obiettivi di umanizzazione della medicina che, anche nella ricerca e soprattutto nella formazione, devono diventare elementi stabili di apprendimento e pratica medico-assistenziale.

Con i miei collaboratori, eterogenei per formazione, professionalità, cultura ed esperienze, abbiamo iniziato questo “nostro percorso” verso la materializzazione della filosofia del “prendersi cura” in una struttura pubblica che, in virtù di questa sua natura, deve rispondere anche alla rigidità di schemi amministrativi e gestionali tipici di questo comparto.

Un percorso che ci ha condotto alla rivisitazione critica e propositiva del termine qualità ampliandolo anche agli aspetti della gestione, dell’organizzazione e della funzionalità dell’ospedale.

E’ iniziata così quella “formazione invisibile” rivolta a tutte le persone che abitano l’ospedale, partendo dall’assioma che la qualità riguarda tutti, è di tutti. Persone, cose, struttura, ambiente nel suo più vasto significato dove le relazioni tra le persone, tra le persone e le cose, tra le persone e la struttura sono esse stesse fattore e indicatore di qualità.

E in questo senso la formazione invisibile diventa una sorta di prima semina culturale capace di creare quell’humus, indispensabile per proseguire il cammino di condivisione e consapevolezza dell’attualità dei valori dell’arte della medicina insieme alla necessità di esplorare nuove forme di relazione tra i diversi attori del sistema.

Applicare questo nuovo modello del prendersi cura ha richiesto, oltre al lavoro “sulle persone”, anche la “rottura” degli ordinari “schemi” di acquisizione dei beni e dei servizi necessari per l’assistenza, superando il criterio “del prezzo minore” per adottare criteri misti che permettano la contestuale valutazione degli aspetti economici della fornitura con quelli legati alla qualità.

L’applicazione di questo criterio ha permesso di mettere in atto una politica degli acquisti che ha fatto del PTV un punto di riferimento stimolando anche le ditte fornitrici a una concorrenza virtuosa sul prezzo ma anche sulla qualità delle forniture, invogliate dalla “vetrina” che il Policlinico rappresenta nello scenario della sanità regionale e nazionale.

Gli effetti benefici di questo buon governo hanno pervaso la realtà quotidiana delle persone malate, delle persone che lavorano e delle persone in visita, a testimonianza della concretezza del prendersi cura. Abbiamo così contribuito ad innescare quel processo di partecipazione e quel senso di appartenenza che sono premessa alla responsabilità collettiva (ospedale patrimonio collettivo di beni materiali ed immateriali).

In relazione poi all'aspetto della sicurezza, che abbiamo voluto considerare fondante attraverso un richiamo diretto nella *mission* aziendale, siamo partiti dal presupposto che l'applicazione e il rispetto delle leggi e delle norme debbono rappresentare solo il punto di avvio di un cammino fortemente orientato allo sviluppo della cultura della sicurezza, quale presupposto e indicatore di civiltà e parte integrante della promozione della salute. E questo anche attraverso costanti attività di formazione come, ad esempio, nel progetto che abbiamo chiamato "Arcipelago 22", in riferimento all'articolo del Decreto legislativo 626 dove viene sancito il diritto di ogni lavoratore a ricevere adeguata formazione in materia di sicurezza e di salute.

Negli ultimi due anni, tutte queste premesse hanno consentito di iniziare quel cammino di riscoperta di ruoli, di cultura in senso pieno e di riconciliazione fra la dimensione umilmente umana e la dimensione scientifico-tecnologica.

In questo quadro si inseriscono, tra il 2001 ed il 2002, l'istituzione del Servizio organizzazione, innovazione e sviluppo del comfort ospedaliero, il Servizio accoglienza ed il Servizio umanizzazione, ottimizzazione e innovazione degli ambienti ospedalieri, sottolineando anche nell'uso dei vocaboli il significato proprio del processo logico dell'innovazione che si vuole comunicare.

Lo slogan del PTV è "Costruiamo insieme l'ospedale umano, aperto e sicuro. Insieme all'uomo con la ricerca".

Il Servizio accoglienza, oggi Ufficio accoglienza, tutela e partecipazione, è strategico nella sua trasversalità. Accogliere significa tenere conto non solo della dimensione biologica del paziente ma anche di quella relazionale, ponendosi come valore fondante e strumento operativo primario della filosofia del prendersi cura. Accogliere è quindi modalità organizzativa che lega intrinsecamente l'attività di cura da parte di tutti gli operatori dell'ospedale e diventa la rete dell'accoglienza.

Accogliere significa in sostanza rendere più facile il percorso delle persone fin dall'ingresso in ospedale, privilegiando sempre la persona nella organizzazione ospedaliera, sia essa persona malata, persona che lavora o visitatore, informando, orientando, prevenendo e/o tutelando.

Tra questi il Servizio organizzazione del comfort ospedaliero, affidato a una dirigente infermieristica, inteso quale aspetto evoluto ed articolato dell'accoglienza all'interno delle aree sanitarie, per superare e ridefinire il modello dei servizi alberghieri, abbracciando la visione globale della permanenza della persona in ospedale, coordinando così in un unico servizio molte delle funzioni di supporto all'attività clinica.

Il settore comfort ospedaliero, infatti, promuove e sviluppa specifici ambiti progettuali quali parte integrante "dell'attività di cura" e complementari alle "attività sanitarie".

Accanto ai già noti facilitatori organizzativi, c'è la grande categoria dei facilitatori di salute: tutte le attività di prevenzione di quei fattori che riducono l'efficacia dei trattamenti e che a volte procurano sofferenze inutili, in quanto impegnano le energie individuali nell'adeguarsi alla condizione di ricoverato in ospedale.

Accanto al "prendersi cura" più propriamente "sanitario" svolto dai curanti assume quindi importanza il "prendersi cura" che si può definire "prendersi a cuore" e che coinvolge personale per lo più amministrativo afferente principalmente all'Ufficio accoglienza tutela e partecipazione, al Servizio organizzazione del comfort ospedaliero ed al Servizio ottimizzazione degli ambienti ospedalieri.

Il PTV, ospedale aperto e ospedale in costruzione, cantiere di mattoni e di idee, per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria si sta così realizzando attraverso l'esplorazione di "percorsi facilitatori" delle relazioni tra le varie figure presenti, anche alla luce delle nuove normative in merito. E' ormai una formula di rito il richiamo alla centralità della persona malata: i curanti, ciascuno per le proprie competenze professionali, devono ruotare intorno ai bisogni di salute del paziente.

Per poter effettuare il passaggio dal "curare" al "prendersi cura" è necessario quindi rimettersi in gioco insieme assumendo:

- la posizione di apertura nella disponibilità a rivedere il proprio ruolo, insieme agli altri attori, nel percorso di cura;
- la posizione di ascolto delle esigenze organizzative dell'Azienda;
- la posizione di ascolto delle esigenze organizzative dei medici, degli infermieri, dei tecnici e degli altri operatori coinvolti;
- la posizione di ascolto delle esigenze delle comunità professionali nelle relazioni tra loro e nell'integrarsi con l'azienda.

In coerenza con l'impegno profuso nell'abbattere non solo le barriere architettoniche, ma anche quelle psicologiche ci stiamo adoperando affinché siano destrutturate le barriere di categoria tra le persone che lavorano nel nostro ospedale, i cosiddetti muri di gesti e di parole.

La gestione si fa insieme, le proposte sono avanzate da tutti i partecipanti al processo gestionale, le responsabilità di spesa si condividono, il sistema delle regole si costruisce insieme, il controllo e la vigilanza diventano il metodo quotidiano per evidenziare i punti deboli e le criticità e farsi carico insieme delle soluzioni.

L'organizzazione delle professioni sanitarie rappresenta un esempio di questa strategia: una direzione centrale snella e poi un governo decentrato nei dipartimenti, rappresentato da posizioni di coordinamento o incarichi.

Un modello certamente più oneroso per l'organizzazione, in quanto richiede una gestione realmente condivisa dei "momenti gestionali" con il rischio evidente di determinare "vuoti decisionali" incompatibili con le dinamiche di un'azienda sanitaria. Ma questa è la via per una reale gestione partecipata, condivisa ma insieme snella e funzionale.

Un'altra problematica connessa all'utilizzo di questo modello è determinato dalla necessità della presenza di interlocutori "pronti" ad assumere un ruolo di soggetti attivi nei processi decisori.

Le funzioni di governo dell'ambiente fisico, organizzativo e umano sono così necessariamente affidate a figure che integrano e superano i tradizionali ruoli dirigenziali, affiancando quelli medici, senza carattere di invasività o di esproprio ma perseguendo lo spirito di collaborazione per realizzare un modello di sistema ospedale in grado di riconoscere tra i suoi valori fondanti l'onestà, l'accoglienza, la competenza professionale, il rispetto del lavoro degli altri, la relazione tra le persone.

Tutto questo perché sappiamo bene che il livello di intensità dei rapporti tra i diversi attori del sistema, la loro capacità di agire sinergicamente condizionano sensibilmente non solo la qualità percepita dell'assistenza ma addirittura l'efficacia stessa degli interventi assistenziali.

In conclusione alcune riflessioni su un tema, sin qui non trattato, che è quello della compatibilità economica e finanziaria.

Una politica sanitaria focalizzata sulla riduzione dei costi di sistema non può infatti che condizionare negativamente quelle strutture, come il PTV, che hanno deciso di orientare i propri modelli assistenziali verso elevati standard di qualità totale.

Una sanità e un'assistenza di eccellenza richiedono congruità e continuità di finanziamenti che, purtroppo, nel nostro caso rischia di interrompersi anche a seguito della complessa situazione finanziaria in cui versa la sanità del Lazio.

Del resto i risultati della qualità dell'assistenza sono difficili da quantificare. Non è certamente il numero dei posti letto occupati che ci parla della percezione che hanno i

degenti rispetto alle cure che vengono loro prestate. Allo stesso modo appare limitata e superata quella concezione che riduce l'assistenza a una serie di *performance* come la somministrazione delle terapie, le attività diagnostiche, il supporto all'attività chirurgica, ecc.

Assistenza è prendersi cura della persona nella sua interezza e nella sua capacità di partecipare al processo di cura. Quindi assistenza è educazione, prevenzione, riabilitazione e soprattutto relazione che interviene là dove la fragilità e l'ineluttabilità procurano più smarrimento, solitudine e sofferenza.

Inoltre l'assistenza infermieristica per essere tradotta in prodotti tangibili ha bisogno di ricerca, progetti e metodologie che richiedono tempo e danaro perché, ripeto, i dati tangibili non sono i numeri solitamente intesi come il numero delle prestazioni, il numero di infermieri per posto letto, ecc. ma dovrebbero essere i dati legati all'appropriatezza e soprattutto legati ad *outcome* come prevenzione di complicanze o disabilità, adattamento alla cronicizzazione, capacità di gestione di situazioni critiche o croniche a domicilio, autogestione di regimi terapeutici, ecc.

L'assistenza alle persone ha un contenuto emotivo importante e la qualità dell'interazione può variare enormemente con risultati molto diversi.

Le cure possono essere invasive, le procedure diagnostiche dolorose o comunque fastidiose, la mobilitazione precoce e i regimi alimentari ristrettivi sono difficili da accettare. Tutto questo può essere contenuto in parte con l'ascolto alle persone e ai loro cari, con un aiuto che è basato principalmente sulla capacità di comunicare e raggiungere l'altro nella sua difficoltà.

Nel PTV crediamo fortemente nel valore della relazione, siamo convinti che comunicare con un atteggiamento gentile, attento, collaborativo produca effetti benefici sul processo di cura e ci contrapponiamo all'affermazione degli economisti che ritengono questi benefici "esternalità positive" ma estranei al contenuto intrinseco della performance in senso tecnico. Noi affermiamo che, in un ospedale come il nostro, che ha dichiarato che curare deve diventare prendersi cura, la relazione è imprescindibile dalla cura come sancisce, per l'attività dei medici, la Carta di Firenze che recita: il tempo dedicato all'informazione, alla comunicazione e alla relazione è tempo di cura.

La quantità e la qualità del lavoro di cura dipendono fortemente dai valori culturali dell'amore, del rispetto, del dovere professionale, della dedizione e della premura, della competenza e richiedono la volontà di non essere semplici esecutori materiali di ordini impartiti da altri. La visibilità si conquista esprimendo le competenze attraverso ragionamenti, evidenze e progetti con l'ambizione di lavorare in uno spazio di ricerca etico.

Questi argomenti, questi comportamenti sono per noi il materializzarsi di quanto definiamo "cure amorevoli".

Tutte le persone che partecipano a vario titolo al percorso di cura debbono “sentirsi” nella relazione con l’azienda per sviluppare un pensiero critico che si traduca nell’elaborazione di soluzioni innovative o maggiormente appropriate per migliorare l’organizzazione, ma soprattutto che potenzino il sistema dei valori, cui facevo riferimento prima, e che sottendono alle scelte di un ospedale che vuole fare “anche” salute.

Proteggere questo “patrimonio”, cioè il valore prodotto che condiziona la continuità e la stabilità nel tempo dei risultati, non è facile in tempo di ristrettezze economiche.

La stessa valutazione dell’operato del management rischia di allontanarsi da ciò che si è prodotto in termini di innovazione, di fidelizzazione degli operatori, di sviluppo del loro potenziale, della capacità di governare i processi con un modello organizzativo adeguato al contesto, di partecipazione di tutti alla funzione di controllo, per ridursi a mera performance di bilancio amministrativo.

Non cogliendo che proprio realizzando quella “catena virtuosa” di comportamenti, relazione e sviluppo della qualità totale che si possono produrre risparmi reali e durevoli, evitando sprechi e ridondanze e soprattutto mantenendo alti livelli di eccellenza nella cura e nell’assistenza ai cittadini.

Nel Luglio 2006, il ministro Livia Turco ha visitato il PTV e nell’incontro finale con le rappresentanze delle persone che vi lavorano e con la componente universitaria, è stata prodiga di complimenti per un esempio di Sanità Pubblica che ha così ben integrato l’alta tecnologia con “la grande umanità che si respira in questo luogo”- sottolineando come quest’ultimo aspetto sia “il bene più prezioso”.

Un bene prezioso che dobbiamo però essere posti nelle condizioni di tutelare e salvaguardare da tagli e visioni di miopia contabile che potrebbero far franare un edificio di eccellenze e buone pratiche che è ormai un esempio di scuola nella nostra sanità.

Enrico Bollero

Direttore Generale

Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata – Roma