

L'IRCCS di Veruno: dal Covid al nuovo modello di offerta assistenziale attraverso un percorso di riposizionamento strategico

Stefano Gariano, Renzo Augusto Bargarolo, Stefano Corna, Giovanni Maria Soro*

L'articolo ripercorre le fasi "critiche" e le risposte organizzative dell'esperienza Covid nell'ambito dell'IRCCS di Veruno (NO) – ICS Maugeri, testimoniando il grande contributo fornito, come struttura sanitaria privata accreditata, a supporto del sistema sanitario durante la pandemia, attraverso lo sviluppo di una collaborazione attiva in una logica di rete con le strutture ospedaliere pubbliche territoriali. Infine evidenzia come l'esperienza condotta è stata l'opportunità di avviare una riflessione su un nuovo "posizionamento strategico" che rispondesse alle necessità di trasformazione del sistema sanitario per farsi carico delle nuove esigenze di salute indotte dalla transizione epidemiologica e demografica. Questa riflessione ha portato a progettare un nuovo modello di "struttura intermedia articolata per intensità di cura" che propone anche servizi a supporto dei percorsi di cura fra ospedale e territorio rivolti alle persone "fragili".

* Stefano Gariano, ICS Maugeri Spa SB.

Renzo Augusto Bargarolo, ICS Maugeri Spa SB.

Stefano Corna.

Giovanni Maria Soro, ICS Maugeri Spa SB.

Parole chiave: riabilitazione, Covid, struttura intermedia, Piemonte, fragilità, riposizionamento strategico.

The Scientific Institute of Veruno: From Covid to a new model of care provision through a process of strategic repositioning

Keywords: rehabilitation, Covid, intermediate facility, Piedmont, frailty, strategic repositioning.

Articolo sottomesso: 01/02/2023,
accettato: 05/03/2024

1. Introduzione

L'Istituto IRCCS di Veruno fa parte della società ICS Maugeri Società Benefit Spa¹ con 17 Istituti di Ricovero, 3 Poliambulatori, 1 Centro di Ricerche Ambientali, presente in sette regioni italiane e gruppo leader nella Medicina Riabilitativa specialistica e delle cure correlate, capace di rispondere al bisogno di riabilitazione di persone affette da patologie croniche

¹ Per informazioni di dettaglio del gruppo Maugeri consultare il sito www.icismaugeri.it per assetto e la parte del bilancio d'impatto (triennio 2019-2021) per i risultati letti nella logica della sostenibilità.

S O M M A R I O

1. Introduzione
2. Metodi
3. La pandemia nella Regione Piemonte e l'esperienza sviluppata dall'Istituto nel periodo
4. L'evoluzione della strategia e del modello organizzativo
5. Insegnamenti della pandemia e l'orientamento verso il modello To Be: un ospedale riabilitativo organizzato per intensità di cura
6. Il nuovo modello di offerta assistenziale
7. Discussione e conclusioni

e/o a seguito di evento acuto, offrendo assistenza anche per le eventuali patologie associate presenti che influiscono sul percorso riabilitativo, con un approccio multidisciplinare e personalizzato.

L'IRCCS di Veruno, nello specifico, ha iniziato la sua attività nel 1972 con una dotazione di 315 posti letto (310 accreditati e 5 in regime di solvenza) e come Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (I.R.C.C.S.) è qualificato ospedale di rilievo nazionale ad alta specializzazione per la Medicina Riabilitativa.

Nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, l'Istituto opera in conformità ai requisiti di accreditamento della Regione Piemonte (D.C.R. n. 616-3149 del 22/02/2000) ed eroga – in regime di ricovero ordinario e in regime ambulatoriale – servizi e prestazioni di alta specializzazione nella Medicina Riabilitativa comprendenti la diagnosi, la valutazione funzionale, la cura e la riabilitazione di pazienti affetti da patologie post-acute o croniche invalidanti, mediche e chirurgiche, di natura cardiovascolare, respiratoria e neuromotoria.

Per quanto riguarda l'area delle degenze, è organizzato in 4 unità operative:

- 1) cardiologia riabilitativa;
- 2) pneumologia riabilitativa;
- 3) recupero-rieducazione funzionale;
- 4) neurologia riabilitativa.

Nell'ambito delle discipline specialistiche, si svolge l'attività ambulatoriale e sono presenti servizi diagnostici (radiologia, medicina nucleare, laboratorio analisi), oltre che la medicina del lavoro e i servizi psicologico e sociale, che svolgono attivi-

tà per utenti esterni e per pazienti ricoverati.

Come IRCCS, l'attività assistenziale si integra con l'attività di ricerca di tipo biomedico "traslazionale" diretta all'identificazione e alla validazione di nuovi modelli metodologici di valutazione funzionale, di intervento riabilitativo e di gestione clinica e con attività didattiche nell'ambito di rapporti convenzionati di ricerca con Strutture Universitarie e altri Enti. L'Istituto partecipa inoltre a programmi nazionali e regionali nei settori della riabilitazione, della cura delle patologie invalidanti del malato cronico e dell'anziano, dei programmi di trapianto d'organo e della prevenzione secondaria.

L'articolo, partendo dal modello storico e attraversando l'esperienza affrontata durante il periodo pandemico, si concentra sulla *lesson learned*, sul percorso evolutivo e sugli elementi rilevanti che caratterizzano la strategia e il nuovo modello organizzativo post-pandemia. Infatti, l'esigenza e l'impegno di assicurare una risposta urgente ed efficace in termini di supporto alla gestione dell'epidemia da Covid-19 hanno portato l'Istituto di Veruno – attraverso problematiche e criticità in parte precedentemente presenti e mai pienamente affrontate – alla piena consapevolezza della necessità di un riposizionamento strategico nel contesto regionale attraverso la proposta di un nuovo modello di offerta assistenziale.

Obiettivo primario dell'articolo è quindi quello di presentare il modello organizzativo "struttura intermedia articolata per intensità di cura" che propone anche servizi a supporto dei percorsi di cura fra ospedale e territorio rivolti alle persone "fragili" quale

sceita dell'IRCCS di Veruno risultato di un percorso nel quale si intende evidenziare:

- le fasi “critiche” e le risposte organizzative dell’esperienza Covid testimoniando il grande contributo fornito, come struttura sanitaria privata accreditata, a supporto del sistema sanitario durante la pandemia, attraverso lo sviluppo di una collaborazione attiva in una logica di rete con le strutture ospedaliere pubbliche territoriali;
- l’esperienza condotta letta come opportunità di avviare una riflessione su un nuovo “posizionamento strategico” capace di rispondere alle necessità di trasformazione del sistema sanitario per farsi carico delle nuove esigenze di salute indotte dalla transizione epidemiologica e demografica valorizzando il ruolo della struttura nel contesto territoriale di riferimento.

2. Metodi

Il conseguimento degli obiettivi sopra identificati è stato perseguito adottando un approccio di ricerca organizzativa di natura qualitativa, ovvero quello del single case study (Gustafsson, 2017). Lo studio è condotto attraverso tre fasi che, partendo dalla sintetica descrizione del periodo pandemico in Regione Piemonte e l’esperienza sviluppata dall’Istituto nel periodo, vanno ad approfondire:

- il modello organizzativo utilizzato e le sue evoluzioni coerenti con la strategia di riferimento del periodo;
- la lezione appresa agendo il modello organizzativo nelle sue evoluzioni;

- il modello organizzativo To Be, che vuole essere una sintesi tra la lezione appresa e la strategia di riposizionamento che deriva dai nuovi indirizzi e cambiamenti nazionali e regionali.

Il percorso è frutto di un lavoro sviluppato dalla Direzione dell’Istituto che ha visto coinvolti diversi attori (interni ed esterni):

- il gruppo dei responsabili delle diverse UUOO e i loro coordinatori con la direzione assistenziale, nel corso di sessioni di focus group su offerta assistenziale, trasferimenti logistici e cambiamenti organizzativi;
- incontri mirati con la Direzione dell’Assessorato per presentare e condividere le linee di indirizzo del nuovo modello;
- incontri tecnici con le direzioni dei principali ospedali invianti.

Tutte le fasi del percorso hanno visto un confronto costante con la governance di ICS Maugeri, che ha condiviso sia la strategia di supporto nella fase pandemica sia il nuovo modello organizzativo.

3. La pandemia nella Regione Piemonte e l’esperienza sviluppata dall’Istituto nel periodo

3.1. Contesto regionale e dati di attività

La Regione Piemonte – come avvenuto a livello nazionale e internazionale – è stata interessata dalla pandemia SARS-CoV2 nelle diverse ondate nelle quali si è manifestata nel corso del biennio 2020-2021 con un impatto rilevante sul funzionamento del Servizio Sanitario Regionale in termini di garanzia di gestione dei pazienti

Covid-positivi e della gestione del sistema di cura per gli altri pazienti e utenti del Sistema.

Il coinvolgimento attivo del privato accreditato² è stato un elemento portante nella gestione della risposta all'emergenza sanitaria (Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021); oltre alla spinta valoriale e *mission-driven* degli attori coinvolti che ne è scaturita, questa scelta è stata supportata e resa possibile per alcune regioni – la Regione Piemonte³ come altre è riuscita a “forzare” l'assenza di agganci tariffari a livello nazionale – attraverso un meccanismo di convenienza economica che ha facilitato l'attivazione del circolo virtuoso.

L'Istituto di Veruno ha, da subito, dato il supporto al SSR della Regione Piemonte nella gestione della pandemia Covid-19 con modelli di organizzazione e offerta assistenziali – sempre coerenti con gli indirizzi nazionali e regionali e tenendo conto della sostenibilità organizzativa ed economica – che si sono adattati, nei volumi di attività, nei setting assistenziali e nell'organizzazione dei percorsi (esterni e interni) per dare risposte efficaci ai fabbisogni espressi dall'ambito territoriale di riferimento e dai reparti per le attività di

² I dati di dettaglio del coinvolgimento delle strutture private sono contenuti nel *Rapporto OASI 2021* Cap. 9.

³ Nella DGR 22-1133 del 13/03/2020 la Giunta ha deliberato di disporre che alle strutture private contrattualizzate dalle ASL per l'erogazione di prestazioni a favore di pazienti Covid-positivi verrà riconosciuto, oltre alla remunerazione per DGR secondo il tariffario vigente, un finanziamento a funzione per realizzare interventi a elevato grado di personalizzazione, ex art. 8 sexies, comma 2, D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., atti a far fronte all'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale relativa all'epidemia in corso. Tale finanziamento a funzione verrà remunerato dalle ASL, a seguito di specifica rendicontazione delle spese effettuate da parte delle strutture, in base alle attività effettivamente svolte e ai costi sostenuti, nel limite del 15% della remunerazione relativa alle prestazioni erogate.

ricovero interne. L'epidemia da coronavirus SARS-CoV2 ha di fatto rappresentato uno stress test per l'Istituto di Veruno che, per buona parte dei quasi due anni di emergenza epidemica, ha svolto funzione di Covid Hospital (i posti letto attivati sono stati nella prima fase prevalentemente di tipo acuto – fino a 98 p.l. – e successivamente di tipo riabilitativo – fino a 48 p.l.).

Di seguito (Fig. 1) le varie fasi di espansione e contrazione dei posti letto dell'area Covid durante le fasi pandemiche del 2020 e 2021.

I pazienti Covid ricoverati in Istituto sono stati inviati per una quota maggioritaria da altri ospedali del territorio e della regione e, in quota minoritaria, sono stati trasferiti internamente dai reparti riabilitativi in quanto diventati positivi al Covid-19 durante il periodo di ricovero (cd cluster interni).

La tabella seguente (Tab. 1) riepiloga i principali dati relativi alla degenza in termini di capacità operativa e attività svolta relativi al biennio 2020-2021 rispetto all'anno di riferimento pre-Covid-19.

Come si evince dai dati di sintesi riportati, la pandemia ha influenzato le dimensioni dell'offerta sia in termini di orientamento (i ricoveri Covid hanno rappresentato una quota rilevante della produzione – il 32% e il 22% rispettivamente nell'anno 2020 e 2021) sia di dimensioni complessive con una riduzione sia dei ricoveri sia delle presenze medie giornaliere (soprattutto nell'anno 2020); questo ha comportato degli impatti organizzativi e di programmazione dell'attività nell'area Covid-free.

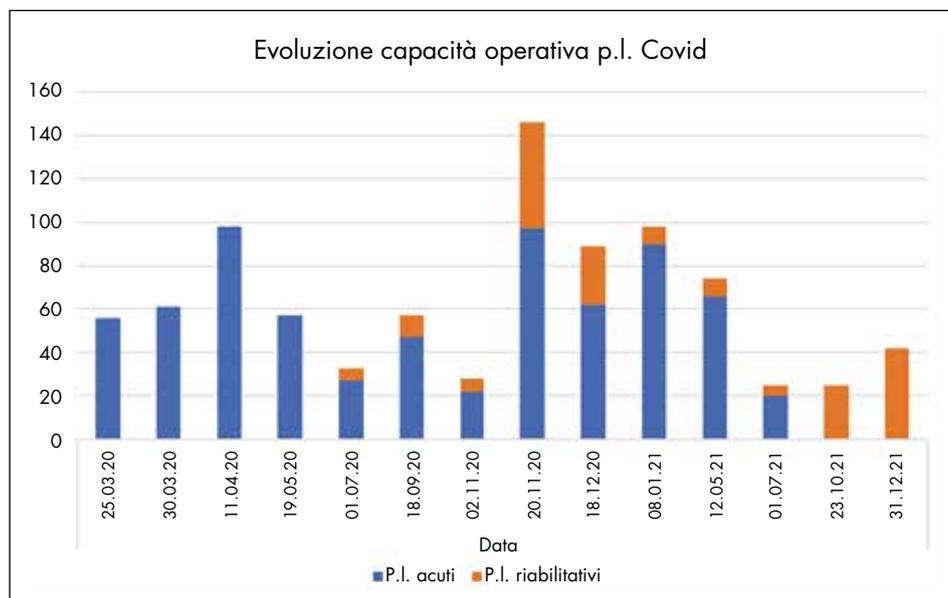


Fig. 1
Evoluzione posti letto Covid
anni 2020-2021

Tab. 1 – Trend attività di ricovero triennio 2019-2021

Reperti	2019		2020		2021	
	N. ricoveri (anno)	Presenze medie (su base annua)	N. ricoveri (anno)	Presenze medie (su base annua)	N. ricoveri (anno)	Presenze medie (su base annua)
Cardiologia riabilitativa	1.238	65	774	44	816	45
Pneumologia riabilitativa	562	42	213	19	340	29
RRF	1.104	86	945	72	875	71
Neurologia riabilitativa	350	40	141	23	179	28
Totale	3.254	232	2.073	158	2.210	173
Covid acuti			872		551	
Covid riabilitativo			109		88	
Totale complessivo	3.254	232	3.054		2.849	

4. L'evoluzione della strategia e del modello organizzativo

La strategia e il modello organizzativo dell'Istituto di Veruno si sono evoluti nel corso delle diverse ondate della pandemia grazie sia all'esperienza acquisita sia alle conoscenze in merito al virus, alle sue forme di

diffusione e modalità di gestione previste dalle norme nazionali e regionali.

La prima attivazione in fase epidemica (marzo 2020) è stata legata alla necessità emergenziale di creare – nel breve lasso di un mese e senza un modello organizzativo di riferimento – un'area sufficientemente capiente da contene-

re circa 100 p.l. occupati da pazienti acuti, che sulla base delle prime scarse conoscenze sul virus è stata strutturata per blocchi secondo criteri di buona norma igienico-sanitaria. Questa soluzione ha determinato l'isolamento di tutta la parte sottostante l'area di degenza creando spazi per il transito dei pazienti e operatori in ingresso e in uscita, percorsi e aree di stoccaggio di biancheria, rifiuti ecc. che ha di fatto bloccato ogni possibilità di utilizzo di queste parti dell'edificio per altre attività ambulatoriali o di ricovero che non fossero strettamente legate a Covid. Di fatto l'Istituto in questa prima fase è stato trasformato in un "Covid Hospital" con un'attività Covid-free residuale.

Dalla seconda ondata (settembre-ottobre 2020), la necessità di rispondere a nuove esigenze di cura per pazienti che dalla fase Covid acuto necessitavano di riabilitazione, l'evidenza dei problemi legati al long Covid e la riemessa necessità di cure e riabilitazione – sia ambulatoriale sia in regime di degenza – di pazienti "Covid-free", hanno spinto l'Istituto a pensare alla necessità di definire un modello organizzativo, basato su questi driver, che costituisse l'evoluzione della soluzione adottata che mantenesse il necessario isolamento dei reparti Covid (richiesto dalle "norme" regionali e nazionali) ma che potesse liberare più aree dell'edificio così da soddisfare anche le altre esigenze.

Il modello, come rappresentato nella figura (Fig. 2), ha quindi previsto quanto segue.

- La creazione di quattro aree di degenza con l'esplicitazione del focus delle diverse aree in termini di

contributo per far funzionare il modello:

- area Covid – acuti e riabilitativi: nella quale sono stati ospitati pazienti in isolamento con quadro sintomatico acuto o pauci-sintomatici ma ancora positivi e con necessità riabilitative;
- area Grigia: nella quale sono ospitati pazienti in ingresso, provenienti da altre strutture ospedaliere e destinati alle aree Covid-free, in isolamento preventivo e in attesa di verifica di assenza di malattia;
- area Post-Covid: dedicata ai pazienti in uscita dall'area Covid che, per indicazione dei vari DPCM e DGR, necessitavano di periodi di quarantena;
- area Covid-free: dove venivano ospitati pazienti che dopo verifica di assenza di malattia (area Grigia) o dopo periodo di quarantena potevano concludere il percorso riabilitativo senza alcuna restrizione.
- La strutturazione dei processi esterni (ricovero e dimissione) – da e per Ospedale e Territorio – e di quelli interni di trasferimento nei diversi setting assistenziali in relazione al percorso definito per il paziente con indirizzo a privilegiare l'appropriatezza organizzativa in termini di individuazione del corretto setting assistenziale rispetto al fabbisogno del paziente e la vocazione dell'Istituto unitamente alle competenze e alle articolazioni organizzative presenti.

A supporto di questo modello si è sviluppato e implementato un protocollo di dimensionamento dei quattro vasi comunicanti (Covid, area Grigia, Post-Covid e Covid-free) flessibile a seconda delle richieste del territorio. La base di questa

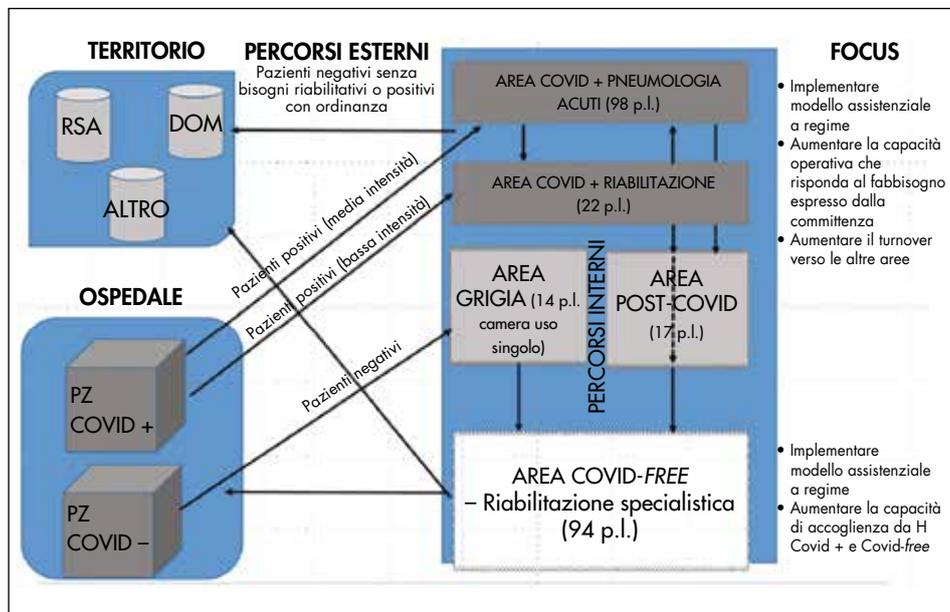


Fig. 2
Modello organizzativo e di funzionamento seconda ondata Covid

Fig. 3
Planimetria area Covid e Covid-free



MECOSAN - ISSN 1121-6921, ISSNe 2384-8804, 2023, 127 DOI: 10.3280/mesa2023-127oa17880

flessibilità organizzativa si è esplicitata in una Istruzione Operativa che di volta in volta veniva variata e adattata a seconda dell'evoluzione del contesto emergenziale e la “necessaria” risposta dell'Istituto. Questa impostazione flessibile del modello organizzativo ha permesso di rimodulare agevolmente, nelle diverse fasi corrispondenti alle ondate, le varie aree dell'Istituto (vedi Fig. 3) tra area “sporca” (colore rosa), “filtro” (colore grigio) e “pulita” (altri colori), dando sempre un'informativa puntuale a tutto il personale in modo da rispettare le regole definite e garantire la sicurezza dei pazienti e di tutti gli operatori.

5. Insegnamenti della pandemia e l'orientamento verso il modello To Be: un ospedale riabilitativo organizzato per intensità di cura

5.1. Riferimenti nazionali e analisi (interna ed esterna) dell'Istituto: la lezione appresa e la strategia di riposizionamento

In generale, durante l'emergenza Covid, la geografia dei servizi (Longo e Ricci, 2020), “che di norma si evolve lentamente e linearmente, è stata radicalmente trasformata nel giro di poche settimane per poi riadattarsi al periodo di bassa circolazione del virus nei mesi estivi e ritrasformata per prendere in carico i pazienti Covid nelle fasi successive, con assetti più flessibili e dinamici, diversi dai precedenti”. In alcuni casi⁴, “le dinamiche evolutive hanno subito una drastica accelerazione e/o hanno mostrato la bontà di recenti scelte programmatiche; in altri, le innovazioni introdotte si sono

⁴ Per dati di dettaglio si rinvia al Cap. 9 del *Rapporto OASI 2021*.

inserite in contesti fertili al cambiamento, ma con logiche diverse rispetto all'impianto disegnato precedentemente; in altri ancora, gli interventi hanno avuto solo carattere temporaneo e legati meramente alla gestione della fase emergenziale” (Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021).

Per l'IRCCS di Veruno la gestione del periodo pandemico è stata un'esperienza “dirompente”; da struttura a vocazione esclusivamente riabilitativa a indirizzo monospecialistico, seppure ricca di competenze professionali multispecialistiche, si è trovata nelle condizioni di dover gestire, soprattutto nel primo periodo Covid, pazienti a elevata instabilità e complessità clinico-assistenziale che richiedevano un approccio multidisciplinare. Come per diverse strutture nel territorio, l'epidemia da coronavirus SARS-CoV2 ha “accelerato” il cambiamento già in atto relativo alla tipologia di pazienti che accedono all'attività riabilitativa in regime di ricovero (l'86% dei pazienti nel 2021 proviene dall'ospedale e solo il 14% dal domicilio) e ha determinato un incremento della complessità clinico-assistenziale, una riduzione della prognosi funzionale dei pazienti, aumentando quindi il “carico” clinico-assistenziale medio dei pazienti (peso case-mix 1,2) e il conseguente rischio clinico.

A distanza di quasi due anni dall'inizio della pandemia, con il graduale ritorno all'attività riabilitativa caratteristica e a fronte del profondo cambiamento epidemiologico già in atto in fase pre-Covid (indotto dalla transizione demografica e dalla conseguente prevalenza delle patologie croniche) con i conseguenti nuovi bisogni di cura di pazienti con maggior fragilità e riacutizzazione di patologia cronica, per

l'Istituto di Veruno si è riproposta con forza la necessità e urgenza di un diverso posizionamento strategico dell'offerta di servizi e del modello assistenziale; entrambi coerenti rispetto all'evoluzione del contesto esterno – nei setting assistenziali “a monte” (ospedali per acuti) e quelli “a valle” (servizi territoriali) – e capaci di dare risposte diverse dal passato considerando che la fase riabilitativa “classica” si accompagna spesso a instabilità clinica, comorbilità e, in alcuni casi, a una ridotta prognosi riabilitativa.

La stessa esperienza Covid ha, da un lato, contribuito a dare maggior consapevolezza a tutti gli operatori di questa necessaria evoluzione a fronte dei “cambiamenti esterni”; dall'altro, ha permesso alla Direzione dell'Istituto di riflettere sui punti di forza e di debolezza e fare un'analisi delle opportunità e delle minacce come riportate in sintesi nella matrice della tabella seguente (Tab. 2).

Dall'incrocio della matrice SWOT e dalla sua interpretazione, si è individuato il percorso per l'Istituto che ha per obiettivo quello dello sviluppo di un progetto di “riposizionamento strategico” della struttura (2° Fase) passando da una necessaria fase di stabilizzazione e consolidamento post-epidemico di tipo strutturale e tecnico-organizzativo (1° Fase) che consenta di iniziare a lavorare, in termini di adattamento interno, sui punti di debolezza evidenziati nella matrice per poter poi sviluppare in modo più efficace la 2° Fase in modo da ottenere i risultati attesi in termini di capacità di risposta alla domanda del territorio per come questa si è evoluta.

Per quanto riguarda la rete regionale, l'offerta di posti letto privati accreditati (anno 2018) risulta pari a 4.787 p.l.,

circa il 29% del totale SSR, con oltre due terzi dei posti letto nel segmento del post-acuto (riabilitazione e lungo-degenza) in parte in corso di verifica, in relazione agli standard previsti dalla normativa di riferimento (L. n. 135/12, DM n. 70/15 e DM n. 77/22).

In termini di offerta erogata presso l'Istituto di Veruno, i flussi di provenienza evidenziano che circa l'85% dei ricoveri proviene da 5 ospedali, dei quali 3 del Quadrante Nord Est (area interprovinciale di riferimento) che inviano pazienti per il proseguimento di cure riabilitative presso l'Istituto di Veruno dopo un trauma, patologia acuta o riacutizzazione di patologia cronica; rispetto al passato, si è ridotta invece al 10-15% la percentuale dei pazienti provenienti dal domicilio e una buona quota di questi accede alla riabilitazione dopo dimissione dall'ospedale. I servizi ambulatoriali dall'altro lato, sia di tipo specialistico (cardiologia, pneumologia, neurologia e riabilitazione motoria) sia diagnostico (laboratorio, diagnostica per immagini, medicina nucleare), hanno garantito in questi anni all'Istituto di Veruno di essere un riferimento per la popolazione residente nel territorio e non solo.

L'analisi SWOT e i riferimenti della rete regionale (struttura e flussi) hanno evidenziato l'opportunità di orientarsi verso il nuovo modello basato sull'attuale vocazione produttiva e sulla consistenza generale delle attività con un maggiore approfondimento della domanda specificatamente espressa dal territorio e un'analisi dell'offerta nel territorio circostante, non solo in termini di caratteristiche erogative, ma anche di raggiungibilità, con il ruolo indispensabile della programmazione regionale che sarà chia-

Tab. 2 – Matrice da SWOT Analysis

<p>PUNTI DI FORZA Veruno è un Centro riabilitativo di riferimento del Quadrante Nord Est¹, per numero di posti letto e capacità di gestione di pazienti “complessi” e “critici”.</p> <p>È parte di una rete funzionale e professionale con ospedali del quadrante (Borgomanero; Novara; Vercelli, VCO; Biella; Alessandria).</p> <p>Mantiene un buon livello di competenze professionali (medici, infermieri, fisioterapisti) pur nella difficoltà di questi anni di garantire il ricambio generazionale.</p> <p>Presenza di Servizi diagnostici di base e specifici (laboratorio, diagnostica per immagini, medicina nucleare, Servizio di Continuità Territoriale).</p> <p>Network con altri Istituti Maugeri.</p>	<p>PUNTI DI DEBOLEZZA Squilibrio dell’offerta di posti letto riabilitativi rispetto all’indice di tabbisogno del “territorio”.</p> <p>Bassa valorizzazione tariffaria regionale dei ricoveri riabilitativi.</p> <p>Logistica del luogo di lavoro che lo rende poco “attraitivo” per nuovi operatori (medici, infermieri ecc.).</p> <p>Difficoltà a operare il ricambio generazionale e di nuove competenze necessarie.</p> <p>Struttura ancora coinvolta nella fase di completamento del piano di adeguamento ai requisiti strutturali.</p> <p>In corso aggiornamento tecnologico (vetustà di alcune apparecchiature) e dei sistemi informatici della struttura che sono frammentati e di difficile integrazione.</p>
<p>OPPORTUNITÀ Decreto Appropriata (valorizzazione del ruolo riabilitativo dell’Istituto rispetto gli Ospedali).</p> <p>Piano Regionale di revisione della rete riabilitativa e post-acute.</p> <p>PNRR e potenziamento della Medicina Territoriale con sviluppo di servizi che rispondono ai nuovi bisogni di cura (continuità di cura e rapporto Ospedale-Territorio) e sviluppo della Telemedicina.</p>	<p>ADATTAMENTO INTERNO PIÙ OPPORTUNITÀ CHE MINACCE.</p> <p>PUNTI DI DEBOLEZZA PREDOMINANO SUI PUNTI DI FORZA.</p> <p>2° FASE RIPOSIZIONAMENTO STRATEGICO</p>
<p>MINACCE Transizione demografica (invecchiamento della popolazione) ed epidemiologica (incremento delle patologie cronico-degenerative rispetto a quelle acute).</p> <p>Incremento della complessità e dell’inappropriatezza riabilitativa dei pazienti inviati da ospedale.</p> <p>Eccesso di posti letto di post-acute a livello regionale.</p> <p>Maggior rischio clinico nella gestione di pazienti “complessi”.</p> <p>Scarsa diffusione della cultura riabilitativa e medica “patient-oriented”</p>	<p>ADATTAMENTO ESTERNO PIÙ MINACCE CHE OPPORTUNITÀ.</p> <p>PUNTI DI FORZA PREDOMINANO SUI PUNTI DI DEBOLEZZA.</p> <p>SOPRAVVIVENZA PIÙ MINACCE CHE OPPORTUNITÀ.</p> <p>PUNTI DI DEBOLEZZA PREDOMINANO SUI PUNTI DI FORZA.</p> <p>1° FASE STABILIZZAZIONE POST-EPIDEMICA E CONSOLIDAMENTO STRUTTURALE, TECNICO ORGANIZZATIVO</p>

¹ Il Quadrante Nord Est comprende il territorio delle ASL di Biella, Novara, VCO e Vercelli.

mata a ridefinire l'assetto della rete ospedaliera post-acuta in relazione agli indirizzi e normative nazionali e regionali. Questo orientamento generale prevede quindi una revisione del modello di offerta assistenziale di riferimento in termini di attività che devono essere svolte e di servizi che devono essere prodotti e messi a disposizione dei destinatari e come questi "possano trovare un contenitore adeguato in una struttura con dimensioni che caratterizzano i processi produttivi e ne definiscono la collocazione nel quadro delle necessarie interdipendenze con il sistema locale e regionale" (Bobini, Cinelli, Del Vecchio e Longo, 2021).

Proprio questa necessità di continuità ma anche di adeguamento dell'offerta, rispetto ai nuovi bisogni di cura e la situazione di contesto, ha portato la Direzione a ripensare l'Istituto di Veruno come una struttura territoriale in grado di svolgere una doppia funzione nella definizione dei percorsi di cura del paziente post-acuto attraverso una doppia interfaccia, da un lato, con l'ospedale per acuti e, dall'altro, con i servizi territoriali per la gestione (spesso problematica) della dimissione ospedaliera e il rientro a domicilio o, quando questo non è possibile, verso servizi socio-assistenziali.

6. Il nuovo modello di offerta assistenziale

Il nuovo "posizionamento" all'interno della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari del territorio implica che la riabilitazione non sia più l'attività esclusiva dell'Istituto di Veruno e che si debba sviluppare una modalità di presa in carico e servizi in grado di rispondere in modo adeguato ai bisogni di cura complessa di pazienti cro-

nici in condizione di fragilità o criticità che possono giovare di un approccio globale all'interno di un'organizzazione del modello di offerta assistenziale con diversa intensità di cura e specificità di intervento dotata di setting assistenziali diversificati capaci di rispondere al bisogno in modo appropriato.

Il finanziamento a funzione su progetti triennali (2022-2024) previsto per gli IRCCS dalla Regione Piemonte ha rappresentato l'opportunità per sperimentare questo disegno integrato con l'avvio e lo sviluppo di alcuni progetti innovativi di servizio (Area monitorata alta complessità cardio-respiratoria, Area cure simultanee, Area neuromotorie sub-acute).

Il nuovo modello di offerta assistenziale, che declina operativamente il riposizionamento strategico dell'Istituto, prevede una riorganizzazione complessiva sintetizzata nei punti riportati nell'elenco e rappresentata nella Fig. 4.

- La creazione di due Aree clinico-assistenziali integrate:
 - *Area Assistenziale Integrata Cardio-Pneumo* risultato dell'integrazione delle due UUOO di Cardiologia riabilitativa e Pneumologia riabilitativa;
 - *Area Assistenziale Integrata Neuromotoria* risultato dell'integrazione delle due UUOO di Neurologia riabilitativa e Recupero e Riabilitazione Funzionale.
- La previsione (all'interno delle due Aree Riabilitative) di setting a diversa intensità di cura che in parte sono già previsti dalla normativa regionale con i diversi livelli riabilitativi (I – II – III livello) ma che più compiutamente dovranno considerare

quanto previsto dal nuovo Decreto Ministeriale sull'Appropriatezza in Riabilitazione (codice 56a, 56b, 56c, codice 75)⁵.

- La sperimentazione (nell'ambito dei progetti legati alla programmazione della funzione triennale) di tipologie di offerta per specifici target di pazienti i cui bisogni non sempre trovano adeguata risposta di cura a livello territoriale o di sistema:
 - *Area monitorata alta complessità* per pazienti avviati alla riabilitazione cardiologica e/o respiratoria ad alta complessità clinico-assistenziale che generalmente presentano condizioni di patologia specifica gestibili in area monitorata equiparabile a un setting semintensivo;
 - *Area dedicata alle cure simultanee* per pazienti avviati alla riabilitazione cardiologica e/o respiratoria con scarsa prognosi riabilitativa e spesso anche in condizioni di “end-stage” di patologia, che necessitano di un approccio di cure simultanee che permetta di integrare cure attive e cure palliative in un percorso di accompagnamento del paziente verso il fine vita. La sperimentazione triennale potrebbe concludersi con l'accreditamento di un hospice per pazienti non oncologici;
 - *Area dedicata alle sub-acute* per pazienti fragili, complessi, affetti da comorbidità e con esiti di allettamento dopo un ricovero in acuzie che oltre a una fase di “convalescenza” con stabilizzazione clinica e ricondizionamento funzionale necessitano di una

⁵ Per approfondimenti si veda il Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 “Criteri di appropriatezza dell'accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri”.

valutazione multidimensionale per definire prognosi funzionale e destino sociale. Per questi pazienti si sono definiti setting di *transitional care* che oggi trovano declinazioni diverse come cure intermedie nelle diverse regioni che possono essere incluse nella rete sanitaria (es. Cure Sub-Acute in Lombardia) o socio-sanitaria (es. CAVS – Continuità Assistenziale a Valenza Sanitaria – in Piemonte).

- La previsione di un contributo che il Centro di Veruno può avere in un Piano Pandemico Regionale per il supporto dato nella gestione dell'epidemia da Covid (*Area Covid Riabilitativa e Assistenziale*).

L'evoluzione dell'organizzazione, come si evince dalla figura (Fig. 4), ha previsto, da un lato, che le Unità Operative confluissero (dal punto di vista clinico, organizzativo e logistico) nelle Aree Assistenziali Integrate e, dall'altro, che ci fosse lo sviluppo dei progetti della funzione e la loro “trasformazione” in soluzioni organizzative e clinico-assistenziali, anch'esse all'interno delle Aree Assistenziali Integrate, per arricchirne l'offerta in termini di setting assistenziali e cluster di pazienti intercettati al fine di mettere a disposizione una risposta più appropriata ai fabbisogni espressi dal territorio attraverso le strutture invianti.

Il nuovo modello di offerta assistenziale vuole essere un contributo al problema emergente della cronicità che determina, da un lato, la necessità di integrare l'attività clinica di ricovero con setting extraospedaliero, differenziato in funzione del bisogno, e impone (Longo e Ricci, 2020) la costruzione di logiche di gestione per processi



Fig. 4
Evoluzione del modello organizzativo e assistenziale

orizzontali che favoriscono l'adozione di approcci di medicina di iniziativa dopo un'attenta valutazione di stratificazione dei pazienti (Population health management – cfr Cap. 18, *Rapporto OASI 2021*). Dall'altro, anche per via dell'accelerazione impressa dalla pandemia da Covid-19, emerge come centrale il consolidamento di strutture, organizzate per intensità di cura, che possano integrare l'attività dei singoli reparti, facendo in modo che la gestione del paziente si avvalga delle sinergie di una nuova area integrata con bilanciamento e riconoscimento dei contributi dei singoli rispetto all'attività erogata.

Per realizzarlo compiutamente, è necessario ridurre (Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021) la tendenza all'iperspecializzazione, a favore dello sviluppo di logiche multidisciplinari e collaborative, attraverso modelli organizzativi e adeguati sistemi operativi intra-aziendali che sup-

portino la gestione dei percorsi multi-setting dei pazienti lungo tutta la filiera di erogazione (pubblica-privata e ospedaliera-territoriale).

Strutturare e gestire l'offerta per intensità assistenziale porta non tanto a lavorare sul mix dell'offerta della singola unità operativa, quanto a leggere – dinamicamente in chiave ricomposta e orizzontale – la gestione di pazienti cronici e co-morbidi, facilitando di fatto la professionalizzazione di una componente assistenziale decisiva, come quella dei profili infermieri, e a bilanciare l'apporto delle diverse specialità mediche.

7. Discussione e conclusioni

L'Istituto di Veruno, durante i mesi della pandemia, ha dovuto affrontare, come tutte le altre strutture, le criticità (Berloto, Longo e Notarnicola, 2020) legate all'assenza di linee guida e informazioni chiare, la necessità di riorganizzare spazi e personale, l'assenza di

formazione e la grave difficoltà nel reperimento risorse, strumenti e materiali necessari; queste criticità comuni si sono inserite in uno scenario nel quale erano presenti conflitti interni su quali orientamenti, logiche, modalità e tempi agire (modificare, aggiornare, accorpare, ridurre ecc.) un cambiamento rispetto al modello storico delle Unità Operative singole e autonome andando a implementare assetti per intensità di cura con impatti sull'organizzazione “con orizzonti temporali non determinabili” (Bobini, Longo e Ricci, 2020). Quello che si è vissuto nei due anni è stato utile per “guardare dentro” il modello e capire quali trasformazioni si sarebbero state in grado di concepire, attivare e portare a termine.

La capacità di riorientare i servizi (i setting per i pazienti Covid sono stati messi a disposizione trasformando quote di offerta esistenti dedicate ad altre attività) in poco tempo, vissuta in un contesto drammatico e a costo di enormi sforzi del personale sanitario, è una grande risorsa che il sistema ha mostrato di possedere; una competenza che dovrebbe permettere, nel medio-lungo periodo, di incrementare la capacità attuativa dei riposizionamenti strategici pianificati⁶.

Questi aspetti generali, derivanti da quanto vissuto, e questa convinzione della nuova competenza, acquisita durante il periodo pandemico, hanno guidato l'Istituto di Veruno nella definizione della strategia di riposizionamento strategico, declinato in termini di modello assistenziale, capace di assicurare un'adeguata risposta ai fabbisogni di cura e garantirne la sua

sostenibilità (organizzativa ed economica). Il nuovo modello di offerta assistenziale proposto vuole proprio essere una sintesi di quello che si è imparato dall'emergenza pandemica con una rilettura del cluster di utenza da intercettare, in accordo con la programmazione del soggetto regolatore (soprattutto riguardo all'assetto della rete ospedaliera regionale) e con chi gestisce la committenza e la produzione di parte pubblica, attraverso la proposizione di un target di offerta orientato a pazienti “cronici critici” e sviluppata per intensità di cura (nelle due aree di riferimento: cardio-pneumologica e neuromotoria) in modo da assicurare la maggiore appropriatezza assistenziale e organizzativa.

L'idea forte è quella che il nuovo modello possa costituire un contributo al rafforzamento della capacità di assicurare una sempre maggiore integrazione e coordinamento, nella logica del *transitional care*⁷, dell'offerta ospedaliera (acuta e post-acuta) e territoriale (extraospedaliera e domiciliare) che determini una maggiore efficacia (attraverso i setting assistenziali appropriati messi a disposizione) ed efficienza (migliore utilizzo delle risorse disponibili) nella risposta del SSN ai bisogni dell'utenza. Oltre la necessaria declinazione operativa delle trasformazioni logistiche e organizzative – attualmente in corso – è necessario proseguire con azioni su tre ambiti prioritari:

- sul personale: in termini di formazione (clinico-specialistica e organizzativa-gestionale) e percorsi di crescita professionale (orizzontali e

⁶ Per approfondimenti si veda Cap. 1 *Rapporto OASI 2020*.

⁷ Per approfondimenti si veda Cap. 12 *Rapporto OASI 2017*.

verticali) attraverso lo sviluppo costante delle competenze necessarie (con un focus su quelle trasversali, es. elaborazione, gestione e promozione di percorsi di salute, collaborazione con altri profili professionali nel percorso di salute e di cura, gestione della relazione nelle reti cliniche e organizzative), per gestire un modello così articolato e complesso che ha sempre nei professionisti il ruolo cruciale per garantirne l'efficacia;

- sulla tecnologia: nella logica di implementare la dotazione tecnologica (apparecchiature e attrezzature per la telemedicina)⁸ che segua il paziente nei diversi setting dell'intensità di cura che si trova ad attraversare fino al domicilio, garantendo una continuità di cura e un monitoraggio che assicuri la migliore aderenza al progetto assistenziale e riabilitativo e una maggiore capacità di presa in carico;
- sui processi di funzionamento:
 - interni: nelle diverse aree organizzative sul *reengineering* dei processi di assistenza, cura e riabilitazione sempre più integrati (multidisciplinari e multiprofessionali), orizzontali (basati sul Patient Journey) e *compliance* con i protocolli condivisi;
 - esterni: tra i differenti soggetti (pubblici e privati) che intervengono nelle diverse fasi del percorso del paziente in termini di maggiore interazione e coordinamento dell'azione nell'ottica di migliorare l'accessibilità e continuità di cura nei diversi setting nei quali è strutturato lo stesso percorso a vantaggio del

paziente e dei caregiver (adesione e aderenza ai PDTA).

Questa vocazione contenuta nel modello potrebbe costituire un riferimento per altre strutture del settore riabilitativo o per i policy maker sia in termini di processo trasformativo sia in termini di caratterizzazione delle scelte con la necessaria attenzione alle specificità dei singoli contesti (questo rappresenta il limite intrinseco della metodologia basata sul single case study) che devono essere rispettate e che per l'Istituto di Veruno hanno impattato sia in termini di orientamento delle scelte (es. integrazione delle aree specialistiche) sia di capacità e tempi di attuazione, sia aziendali (es. disponibilità di risorse economiche e umane per i cambiamenti) sia regionali (approvazione delle progettualità della funzione) che devono essere rispettate.

A livello nazionale e/o regionale, quello che potrebbe essere importante è una capacità di accompagnare e rendere sostenibili economicamente queste trasformazioni con delle innovazioni, oramai necessarie, che premiano queste nuove forme e modalità assistenziali con due focus in particolare:

- sistemi di finanziamento basati su specifici *privileges*, che certifichino la possibilità e l'eccellenza di erogare prestazioni complesse (Buongiorno Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021);
- orientamento alla presa in carico e non solo sul "consumo" di assistenza (es. *bundle payment*) per incentivare comportamenti virtuosi (es. una quota premiale agganciata alle performance conseguite) verso l'appropriatezza e l'efficacia di cura;

⁸ Per approfondimenti si veda Cap. 18 *Rapporto OASI 2021*.

- con un effetto positivo, nel breve e medio periodo, sul consumo di risorse e sullo stato di salute complessivo della popolazione target.

Questo potrebbe assicurare una maggiore capacità da parte dei soggetti privati di svolgere un ruolo più qualificato in un'area (quella della riabilitazione) dove la presenza è rilevante⁹ ma che è necessario far evolvere in coerenza con gli sviluppi definiti anche dal PNRR ma anche dai DM 70 e 77 nell'ottica di dare un contributo importante al raggiungimento degli obiettivi del SSN. In particolare, le risorse previste dal PNRR – sebbene fortemente destinate allo sviluppo del setting territoriale – possono generare (Buongiorno

⁹ Il peso del privato accreditato nella rete ospedaliera nazionale è largamente prevalente nell'attività di riabilitazione (74,0% per 17.223 p.l., +1,1 vs 2018) – si veda Cap. 4 *Rapporto OASI 2020*, la spesa per assistenza sanitaria privata accreditata.

Sottoriva, Furnari e Ricci, 2021) un effetto leva sull'intera modellizzazione dei servizi in ottica di filiera e integrazione assistenziale con aumento dell'appropriatezza nella presa in carico dei pazienti, mettendo a sistema le varie componenti dell'offerta anche nei setting ospedaliero e riabilitativo nella logica del percorso del paziente.

Rispetto a questo quadro evolutivo, l'IRCCS di Veruno – nella sua nuova configurazione del modello di offerta – è già orientato verso un riposizionamento strategico *compliance* con questi trend di cambiamento necessari o quantomeno auspicabili con il risultato atteso anche di migliorare l'efficienza della struttura e di garantire una maggiore rispondenza al fabbisogno del territorio, attraverso una diversificazione dell'offerta di servizi, che consentirà di dare un contributo al raggiungimento degli obiettivi sfidanti del SSN.

BIBLIOGRAFIA

Berloto S., Longo F., Notarnicola E. (2020). Cap. 5 Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.

Bobini M., Cinelli G., Del Vecchio M., Longo F. (2021). Cap. 8 La governance della crisi sanitaria tra livello nazionale, regionale e aziendale: lezioni apprese e prospettive di cambiamento. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.

Bobini M., Furnari A., Ricci A. (2020). Cap. 9 Gli ospedali di piccole dimensioni del SSN: mappatura, profilo e prospettive nella rete ospedaliera

nazionale. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.

Bobini M., Longo F., Ricci A. (2020). Cap. 4 Gli erogatori privati accreditati: inquadramento e ruolo nella risposta del SSN al COVID-19. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.

Boscolo P., Fenech L., Giudice L., Lecci F., Rotolo A., Tarricone R. (2021). Cap. 18 Tempi di attesa: trend e politiche di risposta durante e dopo la crisi Covid-19. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.

Buongiorno Sottoriva C., Furnari A., Ricci A. (2021). Cap. 9 Configurazione dell'offerta ospeda-

liera nazionale: dinamiche evolutive e rimodulazioni delle principali specialità medico-chirurgiche. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.

Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione dei modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”.

Decreto Ministeriale 5 agosto 2021 “Criteri di appropriatezza dell’accesso ai ricoveri di riabilitazione ospedalieri”.

Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera”.

DGR Regione Piemonte n. 16 – 1481 del 05.06.2020 “Istituzione del Dipartimento interaziendale funzionale a valenza regionale ‘Malattie ed Emergenze Infettive’. Definizione piano per l’organizzazione regionale di risposta alle infezioni ed approvazione della convenzione”.

DGR Regione Piemonte n. 22-1133 del 13.03.2020 “Misure emergenziali per la fonte all’epidemia COVID-19. Modalità di attivazione di posti letto COVID in strutture private”.

Sitografia

Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/>.

Sistema Piemonte (portale di servizi della Pubblica amministrazione piemontese): <http://www.sistemapiemonte.it/cms/pa/sanita>.

Regione Piemonte: <http://www.regione.piemonte.it/sanita/cms2/index.php>.

Ferrara L., Morando V., Tozzi V. (2017). Cap. 12 Configurazioni aziendali e modelli di transitional care: la gestione della continuità ospedale-territorio. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2017*. Milano: Egea.

Giovanni F., Morando V., Tozzi V.D. (2018). Governo della domanda e Population Health Management: Regioni a confronto nell’utilizzo dei database amministrativi e nelle scelte di policy e management. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2021*. Milano: Egea.

Govindarajan V., Ramamurti R. (2013). Delivering world-class health care, affordably. *Harvard Business Review*.

Gustafsson J. (2017). Single case studies vs. multiple case studies: A comparative study.

Lega F. (2003). Cap. 20 Orientare all’innovazione l’ospedale: aspetti strategici, organizzativi e gestionali. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2003*. Milano: Egea.

Longo F., Ricci A. (2020). Cap. 1 Le fratture generate dal Covid-19: quali priorità strategiche per la sanità italiana?. In: CERGAS-SDA Bocconi (a cura di). *Rapporto OASI 2020*. Milano: Egea.

Dipartimento interaziendale malattie ed emergenze infettive: <https://www.ascittaditorino.it/dipartimenti/dipartimento-interaziendale-malattie-e-emergenze-infettive/>.

ICS Maugeri: <https://www.icsmaugeri.it/sites/default/files/documenti/Bilanciodimpatto.pdf>.