

Jacopo Matteo Rancati¹, Fina Maria Teresa Incarbone¹, Selene Pinna², Lorenzo Panella¹

Applicazione ed analisi di un nuovo modello organizzativo al servizio di fisioterapia di supporto dell'A.O. Istituto Ortopedico G. Pini

¹ A.O. Istituto Ortopedico G. PINI (Milano) - Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione

² Libera professionista

RIASSUNTO. La riduzione del personale a disposizione del servizio di fisioterapia in consulenza presso i reparti di chirurgia dell'Istituto Ortopedico Gaetano Pini, ha reso necessario l'implementazione di un nuovo modello organizzativo basato sulla centralizzazione del governo delle attività al fine di ottimizzare l'impiego delle risorse. Attraverso il supporto di alcuni software di facile reperibilità (fogli di calcolo) è stato implementato uno strumento di programmazione ed uno di rendicontazione delle attività. I dati di rendicontazione collezionati (tra Gennaio e Dicembre 2013) relativi ai flussi di attività riabilitative erogate sono stati analizzati e confrontati con i flussi di attività di camera operatoria al fine di verificarne la correlazione. I valori ricavati sono in linea con i valori ipotizzati (in assenza di un report storico) in fase di progettazione del modello di lavoro e descrivono una buona correlazione ($r=0,59$) tra flussi di attività chirurgiche e flussi di attività riabilitative, fornendo così un modello predittivo valido da poter impiegare in fase di programmazione. Lo studio presenta alcuni limiti per lo più correlati a fenomeni di resistenza al cambiamento manifestate dal personale coinvolto.

Parole chiave: riabilitazione, fisioterapia, management, clinical-governance.

ABSTRACT. ANALYSIS OF A NEW ORGANIZATIONAL MODEL APPLIED TO THE PHYSIOTHERAPY SERVICE C/O SURGERY DEPARTMENTS OF ORTHOPAEDIC INSTITUTE G. PINI. The lowering number of physiotherapists c/o surgery departments of Orthopaedic Institute Gaetano Pini of Milan, required the application of a new organizational model based on the centralization of government activities, in order to optimize employment of staff. A programming and reporting tool was developed through a database.

The collected data (from January to December 2013) related to the reported physiotherapists activities were analysed and matched to operating theater's activities in order to find the correlation value.

The results are lined up the hypothesis stated in the planning phase of the organizational model's project (in absence of historical referral). Correlation between Physiotherapists and Operation Theater's activities was good ($r=0,59$), giving us a reliable predictional model. This study has some limitations mostly related to the resistance expressed by employees in the change management.

Key words: rehabilitation, physiotherapy, management, clinical-governance.

Introduzione

L'Istituto Ortopedico G. Pini di Milano, ospedale monospécialistico in orto-traumatologia, reumatologia e riabilitazione, opera presso due presidi ospedalieri contraddistinti per setting di ricovero differenti: acuto/chirurgico e riabilitativo.

Per quanto le attività riabilitative si concentrino presso il presidio dedicato, anche la sede chirurgica ha storicamente fruito del servizio reso dalla Struttura Complessa di Medicina Fisica e Riabilitazione al paziente in acuto.

Tale servizio è stato storicamente erogato attraverso un modello organizzativo che prevedeva la ri-allocazione di alcuni Fisioterapisti presso le U.O. della sede chirurgica ove, in alcuni casi, sono stati anche accreditati alcuni letti riabilitativi.

La successiva chiusura di tali letti e la progressiva riduzione (da 12 a 7) dei Fisioterapisti in organico presso la sede chirurgica, a causa del turn over pensionistico, ha reso necessario ridefinire l'assetto organizzativo attraverso l'impostazione di un modello centralizzato.

Analisi del precedente modello di lavoro

Per molti anni, l'allocazione di un fisioterapista referente per ogni Unità Operativa del presidio chirurgico, è stato il modello operativo più funzionale ed efficiente: un riabilitatore di riferimento nelle équipes multiprofessionali di reparto garantiva interventi tecnici tempestivi ed allineati ai ritmi dello specifico contesto operativo. Nel tempo, tale modello di lavoro ha permesso di incrementare progressivamente l'iperspecializzazione settoriale del fisioterapista e di migliorare l'intesa e l'affiatamento dello stesso con le altre professionalità presenti nell'équipe di lavoro di reparto. Gli anni '80 e '90 hanno visto la massima espansione di questo modello di lavoro presso la sede chirurgica: ogni reparto (indipendentemente dal numero di letti accreditati) aveva in organico un fisioterapista che prendeva direttamente in carico i pazienti sottoposti ad intervento chirurgico, previa segnalazione del medico responsabile. Ogni singola U.O., per quanto di pertinenza della disciplina riabilitativa, sembrava costituire una piccola realtà autonoma ed indipendente: il senso di apparte-

nenza e di adesione dei fisioterapisti ad una “mission” professionale era molto più orientato alle specifiche necessità dell’U.O. di riallocazione piuttosto che a quelle del gruppo di pari.

Tale assetto organizzativo, per quanto funzionale, ha progressivamente dimostrato alcuni limiti:

- non ha facilitato tra i fisioterapisti momenti di scambio e condivisione delle competenze acquisite sul campo, né di eventuali problemi logistici/organizzativi poiché strettamente di competenza dello specifico contesto operativo;
- non ha mai permesso di verificare quali fossero i carichi di lavoro individuali dei fisioterapisti, verosimilmente molto altalenanti in correlazione alle attività chirurgiche delle singole U.O.;
- non ha permesso di sviluppare una procedura che garantisca continuità terapeutica in caso di assenza del fisioterapista “titolare” di reparto, attraverso una procedura di “consegna” strutturata;
- non ha permesso all’organizzazione risposte appropriate per i bisogni primari nel contesto dell’intera organizzazione delle attività riabilitative presenti per la SC di appartenenza: degenza, ambulatori, MAC e intervento in acuto. Ogni équipe era “blindata” sull’attività e non vi era possibilità di *shiftare* da un’attività all’altra.

L’individualizzazione dei carichi di lavoro, attraverso il modello di riallocazione del personale, non ha mai fatto emergere la necessità di tracciare sistematicamente i flussi di attività poiché le stesse erano di stretta competenza di un unico operatore: non esisteva quindi un documento di rendicontazione dell’attività del fisioterapista da inserire in cartella clinica (se non per i pazienti ricoverati presso i letti riabilitativi), né un sistema di report quantitativo (individuale e collettivo) delle attività sviluppate: tale fenomeno ha generato discontinuità nell’erogazione del servizio nei casi di assenze del personale.

Impostazione del nuovo modello di lavoro

A partire dalla primavera del 2012, per i motivi esposti in introduzione ed i limiti appena evidenziati, è stato impostato un nuovo modello di lavoro inizialmente strutturato solo per studiare i flussi quantitativi di attività (dato che non esistevano report specifici) e per successivamente impostare un progressivo cambiamento nel modus operandi dei fisioterapisti supportato da incontri periodici e confronti tra pari.

È stata innanzitutto implementata una nuova cartella riabilitativa dedicata al setting chirurgico e strutturata su una scheda cartacea di due facciate:

- un lato di competenza del medico di U.O. (attivatore di processo) che, fornendo alcune indicazioni cliniche, attiva la richiesta di intervento riabilitativo, inviandola al servizio di fisioterapia;
- un lato di competenza del fisioterapista, in fase di registrazione dell’attività svolta, una volta assegnata dal gestore del servizio.

È stata quindi strutturata (su supporto elettronico) una procedura centralizzata per registrare i flussi di richieste per redistribuirle in piani di lavoro individuali (planning), che quotidianamente venivano aggiornati e consegnati agli operatori i quali a loro volta li restituivano compilati per le parti di competenza: i dati quantitativi di report da questi ricavati, sono stati collezionati in un database elettronico al fine di studiarne sistematicamente ed analiticamente l’andamento.

Contemporaneamente sono stati strutturati alcuni incontri al fine di condividere i motivi del cambiamento nell’organizzazione del lavoro e della necessità di strutturare i carichi di lavoro dato che non esistono riferimenti normativi o tariffari che definiscano l’attività riabilitativa di supporto. Gli incontri hanno messo in luce alcune difficoltà nel confronto tra pari, verosimilmente correlate al precedente modello di lavoro, che tuttavia si sono progressivamente livellate fino alla strutturazione di una procedura standardizzata utile a descrivere gli obiettivi comuni, i processi e le responsabilità connesse al servizio di fisioterapia di supporto.

Nel corso dell’anno 2013 i dati sono stati monitorati costantemente (come da Tabella I): per ciascun giorno lavorativo dell’anno sono stati riportati in database il numero di interventi riabilitativi effettuati suddivisi per reparto richiedente. In un secondo momento sono stati richiesti al servizio informativo aziendale i dati relativi ai flussi di attività di camera operatoria ed associati (nel medesimo database) a quelli relativi alle attività riabilitative.

Scopo della ricerca

Lo studio è stato impostato al fine di quantificare e verificare con metodo oggettivo l’efficacia del modello di lavoro impostato e per raccogliere in maniera sistematica informazioni fino ad allora (in riferimento alle attività della riabilitazione) non supportate da alcun dato di report. È stato inoltre impostato uno studio statistico per ricercare un coefficiente di correlazione con lo scopo di rapportare i flussi di attività chirurgica e riabilitativa al fine di individuare un modello predittivo che potesse supportare la programmazione delle attività di riabilitazione.

Analisi dei dati

I dati raccolti, relativi all’anno 2013, sono stati analizzati attraverso il supporto di un database elettronico strutturato con un foglio di lavoro Excel per ogni mensilità successivamente raccordati attraverso un foglio di sintesi relativo a tutto l’anno oggetto di studio. Sono stati calcolati e confrontati, per ogni giorno lavorato suddiviso per UO, il numero di interventi chirurgici e riabilitativi eseguiti. Sui fogli di lavoro mensili ed annuale sono state calcolate la media e la deviazione standard del numero di attività erogate. I dati generici ricavati dal foglio di lavoro annuale sono serviti per raccogliere le prime osservazioni per poi approfondire l’analisi in maniera sistematica sul singolo mese e sulle singole settimane. È stato inoltre possibile studiare in dettaglio l’an-

Tabella I. Report annuale delle attività riabilitative, suddivise per mese e per U.O.

UO	PIANO	GEN	FEB	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SET	OTT	NOV	DIC	TOT	media mensile	dev.st mensile
giorni lavorati:		21	19	21	20	22	20	23	21	21	23	21	20	252	21,00	1,21
1	2B	167	156	203	167	187	172	230	140	160	300	223	201	2306	192,17	43,66
2	4A	69	91	101	88	87	78	69	24	67	76	62	39	851	70,92	21,86
3	4A	75	83	66	32	71	46	38	15	21	97	85	51	680	56,67	26,74
4	4B	109	103	132	99	146	100	127	93	164	284	175	146	1678	139,83	52,80
5	5A	167	154	191	173	166	157	157	70	114	165	111	93	1718	143,17	36,93
6	5A	57	97	92	62	96	88	95	0	88	152	133	85	1045	87,08	37,79
7	5B	6	7	20	31	35	27	51	5	3	21	15	42	263	21,92	15,67
8	5B	5	10	18	3	4	13	14	0	2	6	16	25	116	9,67	7,62
9	5B	49	42	52	76	72	55	60	0	36	106	54	62	664	55,33	25,23
10	5B	17	35	14	2	6	2	6	0	13	22	22	25	164	13,67	10,92
11	6A	40	46	64	45	63	55	62	20	35	116	73	98	717	59,75	26,71
12	6A	29	40	51	25	49	31	32	0	32	59	46	35	429	35,75	15,26
13	6A	10	13	7	16	33	20	16	0	19	14	1	6	155	12,92	9,10
14	7B	2	18	8	11	16	14	12	0	4	20	15	6	126	10,50	6,49
15	7A	35	38	50	54	58	43	57	12	46	64	68	59	584	48,67	15,33
16	7A	33	65	51	44	42	39	39	8	41	49	29	52	492	41,00	14,06
17	7A	43	41	18	24	60	53	13	3	26	33	28	23	365	30,42	16,49
18	8A	18	29	12	20	50	33	10	4	22	41	22	15	276	23,00	13,28
19	8A	2	9	15	7	7	14	3	0	0	13	11	0	81	6,75	5,69
20	2P	2	5	2	0	2	1	5	0	0	0	3	0	20	1,67	1,87
TOTALI		935	1082	1167	979	1250	1041	1096	394	893	1638	1192	1063	12730	1060,83	285,22
Media pz/die		44,524	56,947	55,571	48,95	56,818	52,05	47,652	18,762	42,524	71,217	56,762	53,15	50,52	50,41	12,44
Dev.st		15,81	13,23	8,27	11,35	11,94	13,11	9,27	6,51	14,56	8,92	7,61	16,78		11,45	3,35

damento delle attività strutturato per singolo reparto. Un ulteriore dettaglio è stato ricavato classificando sistematicamente quante prestazioni fossero mediamente erogate nei giorni della settimana di apertura del servizio (da Lunedì a Venerdì). Si tenga conto che, per quanto concerne il setting chirurgico, le sedute operatorie sono prevalentemente in elezione e solo in minima parte in urgenza e che, in ogni caso, non essendo disponibili strutture di anestesia e rianimazione adatte a gestire pazienti a rischio, anche la camera operatoria non è operativa nei weekend ed infrasettimanali festivi (se non attraverso eventuali reperibilità). Accanto alle tabelle in Excel, l'analisi dei dati è stata effettuata anche con il supporto di grafici ed istogrammi utili ad avere una visualizzazione immediata dell'andamento delle attività. È stato infine studiato il coefficiente di correlazione tra gli interventi chirurgici e gli interventi riabilitativi con il supporto di un diagramma di correlazione lineare.

Risultati

I dati rilevati sul tabulato di sintesi annuale hanno evidenziato una media di trattamenti di 50,5 interventi/die. La varianza (deviazione standard = 12,44) è piuttosto alta poiché in alcuni mesi, come ad esempio in Agosto, o in prossimità di festività, l'attività ha subito un forte calo in virtù dell'accorpamento di alcune Unità Operative, con relativa chiusura temporanea di alcuni posti letto. I dati riferiti agli interventi chirurgici rilevano una media di 27,32 interventi/die con una varianza di 7,93. In Figura 1 e 2 si riportano gli istogrammi relativi alla numerosità degli interventi chirurgici ed ai trattamenti riabilitativi per ogni giorno lavorato nell'anno 2013 (n = 253), mentre in Figura 3 un istogramma di comparazione tra le medie mensili tra interventi e trattamenti.

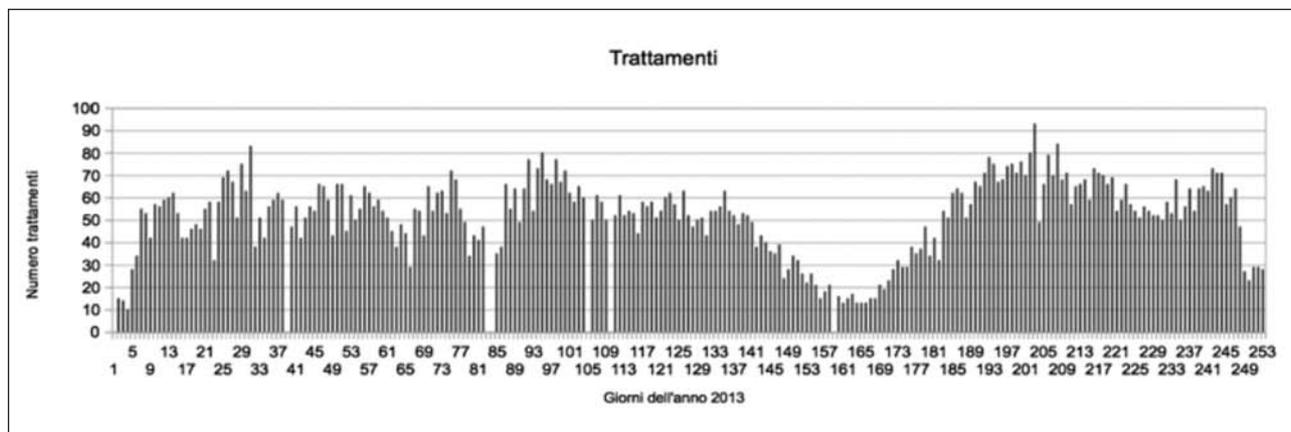


Figura 1. Trattamenti nell'anno 2013

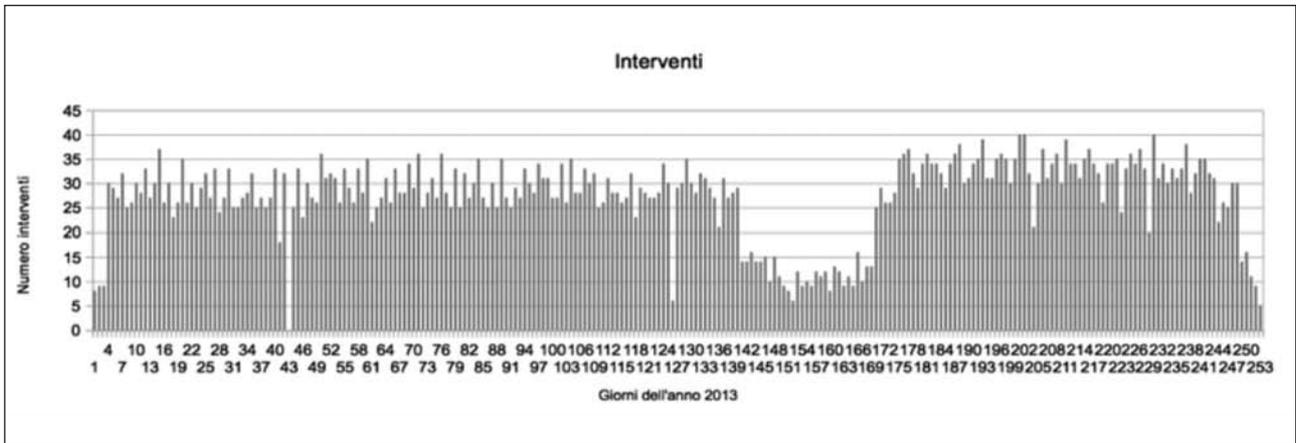


Figura 2. Interventi nell'anno 2013

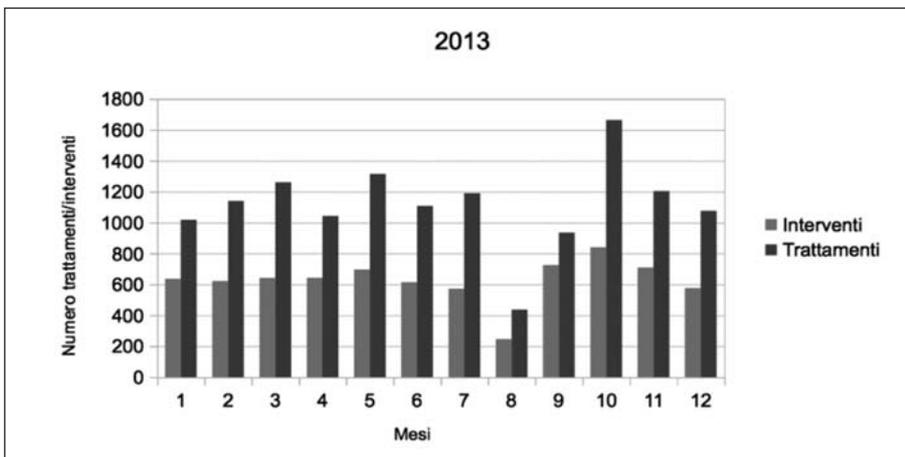


Figura 3. Andamento complessivo dell'anno 2013

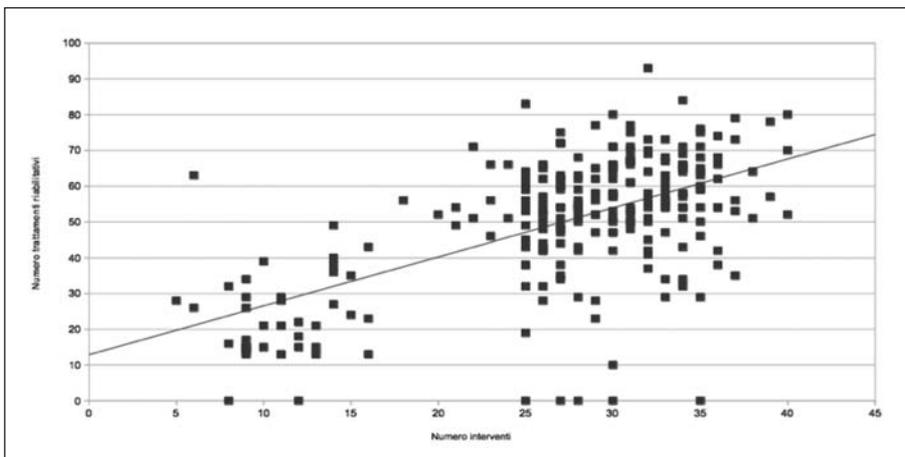


Figura 4. Correlazione lineare tra numero di interventi e numero di trattamenti riabilitativi

Sulla base di questi dati è stato calcolato il rapporto lineare tra numero di interventi e numero di trattamenti che è risultato essere pari a 1,85. tale dato ci indica quindi che per ogni intervento chirurgico vengono erogati 1,85 trattamenti riabilitativi.

È stato in seguito calcolato il coefficiente di correlazione ($r = 0,59$) sulle 253 coppie di n_i (interventi) ed n_t (trattamenti). È stato quindi possibile osservare la correla-

zione ottenuta anche attraverso il diagramma di correlazione lineare (Figura 4) che mette in evidenza il rapporto lineare tra numero di interventi chirurgici e di trattamenti ed il livello di dispersione di tale rapporto.

In virtù della varianza e del coefficiente di correlazione è stata quindi approfondita la ricerca su base mensile e settimanale e suddivisa per ogni UO richiedente. I dati elaborati sono stati riportati, mese per mese, in grafici (come si può vedere negli esempi in Figura 5-7) dai quali è possibile osservare una concordanza tra n_i ed n_t . Tale concordanza si può evincere anche dall'analisi delle deviazioni standard osservate mese per mese, che conferiscono al sistema una maggiore solidità e coerenza.

In ultima istanza è stata studiata la distribuzione delle attività sulla settimana lavorativa, comparando come di consueto n_i ed n_t . Dal grafico in Figura 8 è possibile osservare un leggero incremento delle attività chirurgiche sulla giornata di martedì ed invece una curva con concavità verso il basso in riferimento alle attività riabilitative.

In ultima analisi è stato possibile studiare l'andamento annuale delle medie di attività per ogni unità operativa come riportato in Figura 9 (solo per alcuni reparti, a titolo esemplificativo). È possibile osservare come, scendendo nel dettaglio di ogni singola UO, non vi sia una regolarità nelle curve che descrivono l'andamento di n_i ed n_t ; questo spiega indirettamente anche l'elevata varianza. In conclusione è possibile affermare che il rapporto tra n_i ed n_t ha

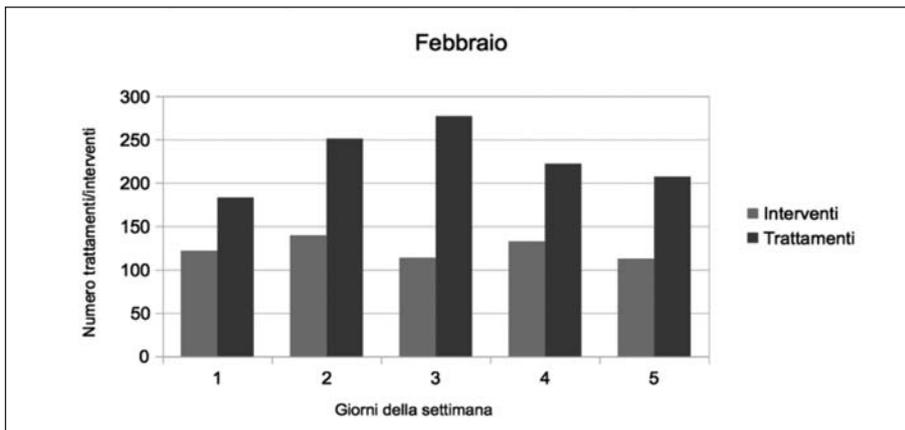
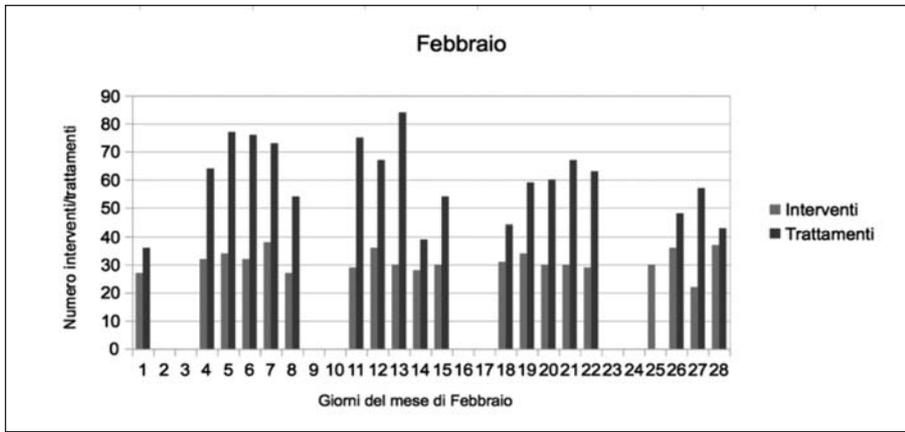


Figura 5. Andamento annuale e settimanale per il mese di Febbraio

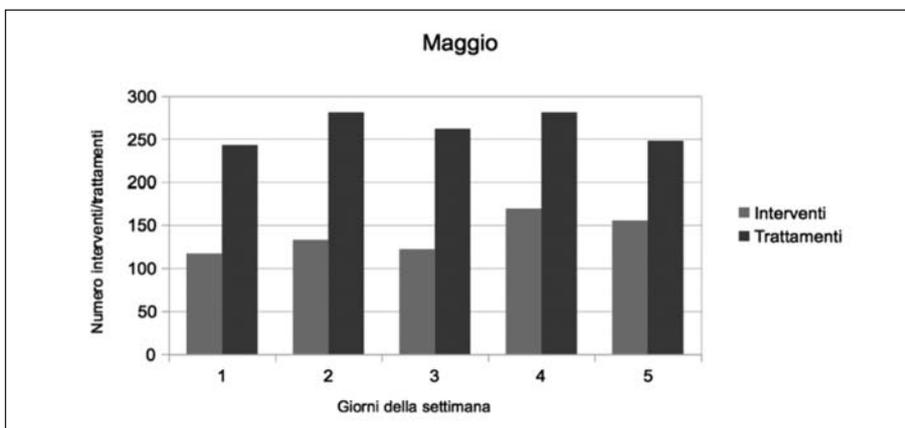
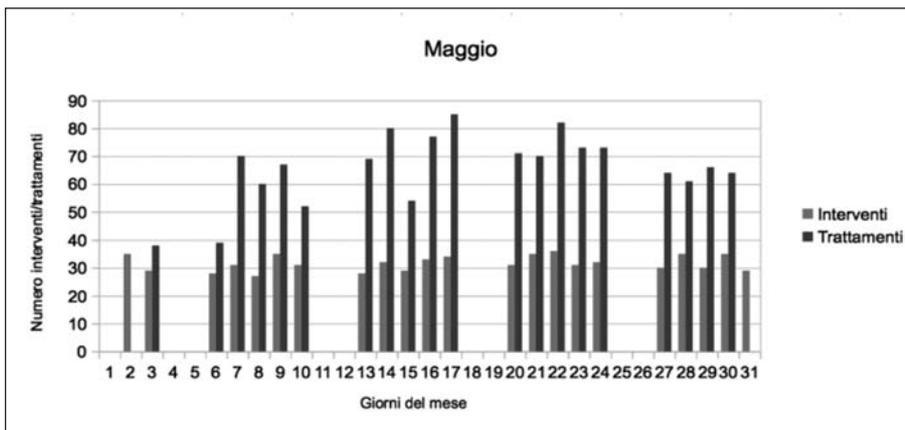


Figura 6. Andamento annuale e settimanale per il mese di Maggio

una buona correlazione pur non potendolo associare sistematicamente alla costante matematica ricavata a causa del variare dei flussi di attività nei diversi periodi dell'anno e nelle diverse U.O.

Discussione dei risultati

La riorganizzazione del lavoro, data l'importante riduzione delle risorse disponibili, è stata strutturata sul dato ipotetico di una richiesta di erogazione media di 60 prestazioni/die su tutto il presidio, con una redistribuzione del carico di lavoro sulle unità full time presenti di 12 attività *pro capite* (ed in proporzione sulle unità part-time). Il sistema centralizzato di acquisizione delle richieste e di redistribuzione delle stesse sul personale presente (basato sulla programmazione delle presenze/assenze), ha permesso di soddisfare le richieste di tutto l'Istituto senza sovraccaricare nessun operatore, se non in alcuni sporadici casi correlabili ad assenze non programmate. Non è stato naturalmente possibile, come nell'organizzazione precedente, mantenere un fisioterapista referente per ogni reparto, tuttavia, nella redistribuzione dei carichi, si è tenuto conto dell'expertise pregressa dei singoli fisioterapisti al fine di soddisfare i seguenti criteri:

- mantenimento dei rapporti precedenti tra il personale medico/infermieristico ed il personale della riabilitazione onde garantire la continuità nei ritmi, prassi e consuetudini instaurati nel tempo nelle singole U.O. e ridurre il più possibile le difficoltà connesse ad un eccessivo turnover del personale (Qualità organizzativa);
- riconoscimento della professionalità maturata degli operatori, al fine di gratificare gli stessi (Qualità interna), con una ricaduta diretta in termini di ottimizzazione delle prestazioni erogate sul

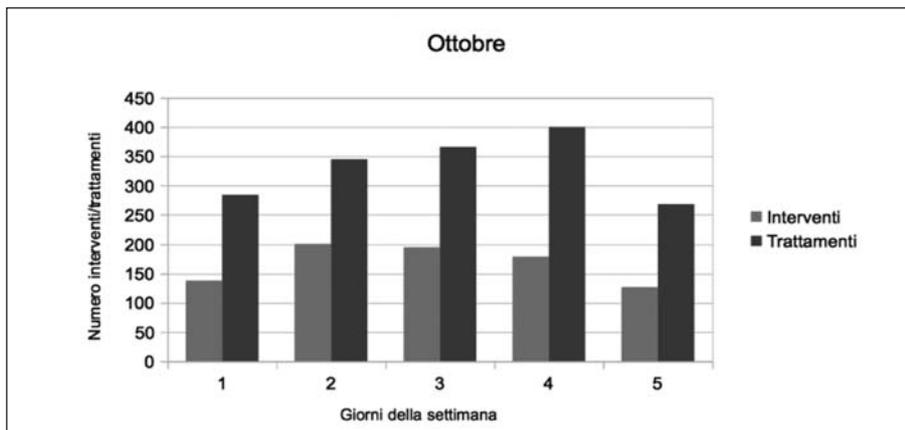
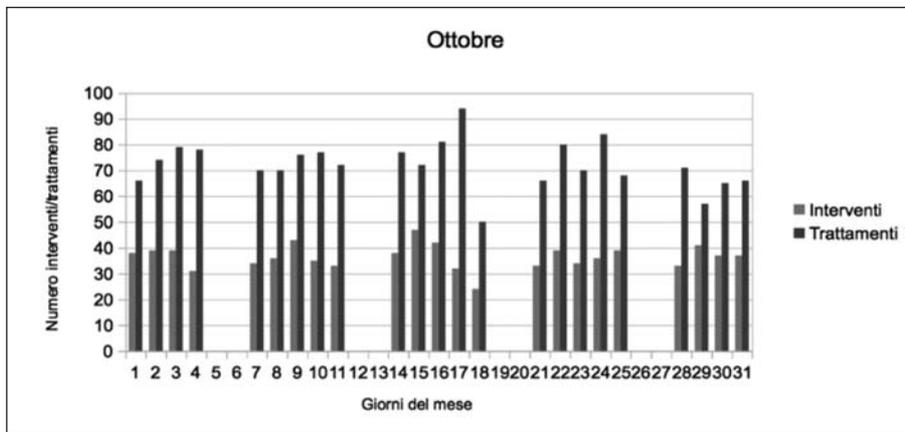


Figura 7. Andamento annuale e settimanale per il mese di Ottobre

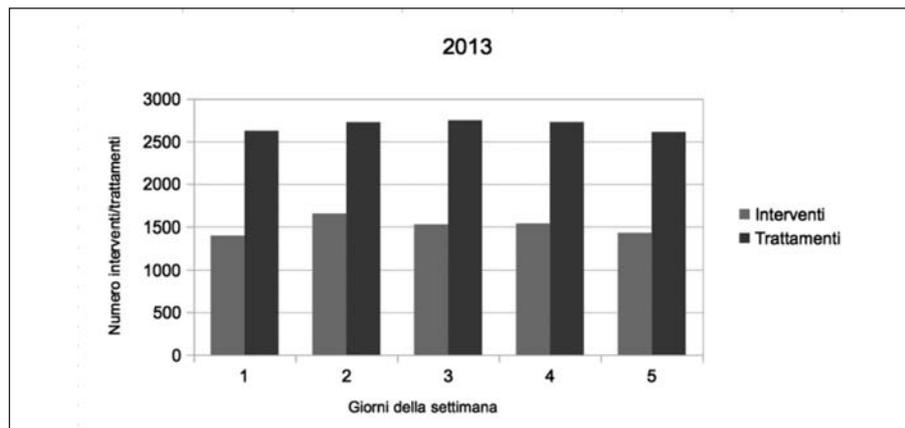


Figura 8. Andamento complessivo settimanale

paziente (Qualità esterna). Al fine di ridurre i tempi non produttivi, inoltre, la redistribuzione dei carichi è stata gestita in modo da evitare continui spostamenti degli operatori da una U.O. all'altra, accorpando nel planning di un solo operatore, per quanto possibile, le richieste provenienti dalla medesima U.O. o da U.O. contigua.

Tali scelte sono state effettuate prevalentemente per proporre il nuovo modello organizzativo con un approccio progressivo e graduale al fine di prevenire e mediare eventuali resistenze al cambiamento.

I dati collezionati nella reportistica hanno consentito di validare da un punto di vista quantitativo le ipotesi iniziali e di confermare quindi che le risorse disponibili fossero

sufficienti a gestire le attività richieste. La forma grafica dei dati collezionati in database ha inoltre consentito di avere una visualizzazione immediata dell'andamento delle attività, utile in fase di programmazione per gli anni venturi. Il mese che richiede maggiore impegno da parte del personale della riabilitazione è risultato essere Ottobre. Negli altri mesi le attività sono normalmente redistribute in maniera piuttosto regolare in linea con i periodi di accorpamento dei reparti in prossimità delle vacanze estive e delle festività natalizie. Dall'analisi settimanale delle attività (strutturata su base annua) è stato possibile evincere:

- per le attività chirurgiche un "picco" di attività nella giornata di Martedì con una lieve riduzione nelle altre giornate;
- per le attività riabilitative una lieve flessione verso il basso nelle giornate di Lunedì e Venerdì ed un lieve incremento nella giornata di Mercoledì.

L'analisi di alcuni parametri statistici, come media e deviazione standard, nonché il coefficiente di correlazione tra la distribuzione del numero di interventi chirurgici e di trattamenti riabilitativi, ha permesso di trarre le seguenti conclusioni:

- la media delle attività, su base annua, è di 50 prestazioni al giorno, in linea con quanto ipotizzato in fase di riorganizzazione, ove naturalmente occorreva tenere in considerazione eventuali picchi di attività al fine di non lasciare scoperto il servizio.

Da un'osservazione più analitica su base mensile è possibile evincere che tale media si avvicina con una frequenza più elevata al dato ipotetico iniziale (60);

- la varianza su base annuale è piuttosto elevata ($Ds = 12,44$): tale fenomeno può essere giustificato da un andamento non costante nel numero di prestazioni erogate (sia chirurgiche che riabilitative) in relazione ai periodi dell'anno in cui sono programmate riduzione e/o accorpamento di alcune U.O. A sostegno di questa ipotesi è possibile osservare come la varianza si riduca nei mesi ove non siano preventivati accorpamenti o riduzioni di posti letto, ovvero dove lo siano per l'intero mese (Agosto);

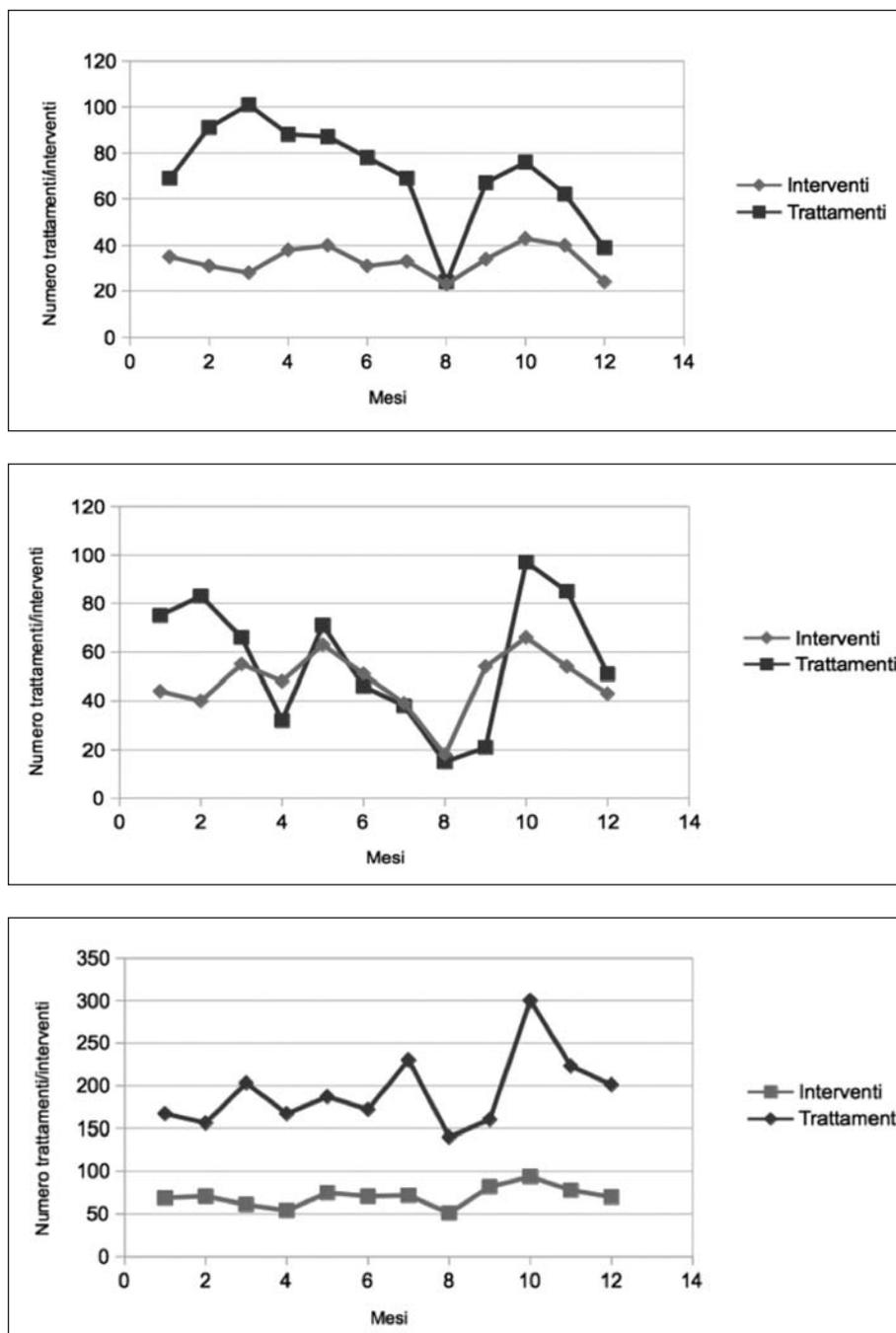


Figura 9. Esempio dell'andamento annuale delle medie di attività per tre diverse U.O.

- Il rapporto lineare tra le due distribuzioni è risultato essere pari a 1,85 (1,85 trattamenti riabilitativi ogni intervento chirurgico) ed il coefficiente di correlazione è risultato essere buono ($r=0,59$): tale coefficiente indica che la costante matematica che descrive il rapporto lineare ha un buona solidità ovvero un livello di dispersione accettabile.

Limiti

Lo studio, così come il processo di riorganizzazione, presenta alcuni limiti. In prima istanza, per la sintesi dei dati, occorre tenere in considerazione che vi è un gap tem-

porale tra le prestazioni chirurgiche e quelle riabilitative che non è stato possibile quantificare né studiare. Il trattamento riabilitativo inizia infatti tra la prima e la terza giornata post-chirurgica e si conclude con la dimissione del paziente. Questo può in parte concorrere a quanto già spiegato in merito all'aumento dei valori di varianza (deviazione standard) nell'analisi annuale ed alla dispersione che è possibile osservare nel grafico di correlazione lineare (Figura 4).

Occorre inoltre considerare anche alcuni difetti di sistema connessi al processo di cambiamento organizzativo impostato ed alle resistenze che ne sono derivate sia interne (fisioterapisti) che esterne (U.O. richiedenti): il cambiamento è stato vissuto con difficoltà da parte del personale della riabilitazione, ma anche da parte del personale medico ed infermieristico. Il fisioterapista "di reparto" è sempre stato vissuto come parte integrante della realtà di U.O., a completa disposizione delle necessità del reparto ospite. La riorganizzazione ha messo in discussione questa realtà, ponendo in evidenza alcune difficoltà da parte degli operatori della riabilitazione a confrontarsi con il nuovo modello. Questo si è spesso tramutato in una resistenza ad accettare piani di lavoro con una numerosità ed una qualità di pazienti diversa dalle pregresse abitudini. La necessità di quantificare i carichi di lavoro è stata spiegata e discussa

in riunioni dedicate, sempre poco condivisa e quand'anche codificata, talvolta disattesa; in alcune situazioni si è osservato (anche se non è stato possibile misurare il fenomeno) che la presenza/assenza del "fisioterapista di reparto" determinava un proporzionale aumento/diminuzione delle attività richieste dal reparto stesso, come a voler giustificare forzosamente il vecchio modello di lavoro. Questi elementi, oltre ad essere ascrivibili alla resistenza al cambiamento descritta, hanno contribuito in maniera fattiva a distorcere ulteriormente il dato quantitativo. Un limite non ancora superato per ovviare al problema è ascrivibile al mancato recepimento della procedura (così come imposta) nel sistema qualità aziendale da parte dei preposti organi aziendali competenti in materia.

Conclusioni

La resistenza al cambiamento interna ed esterna ha reso più difficoltosa l'applicazione del nuovo modello di lavoro che tuttavia sembra l'unica via per poter razionalizzare le poche risorse disponibili. Anche i dati quantitativi riferibili ai flussi di attività, per la prima volta collezionati ed analizzati in maniera sistematica su un intero anno di lavoro, hanno contribuito a supportare tale modello ed al contempo a generare una memoria storica utile alla programmazione futura.

Per superare la resistenza al cambiamento che si è verificata occorre innanzitutto che gli organi aziendali competenti prendano posizione in merito al riconoscimento della procedura di regolamentazione dell'attività di supporto, affinché tutti gli operatori coinvolti superino l'inerzia del precedente modello organizzativo e comprendano l'utilità di un lavoro in team, sia in termini di qualità esterna che di qualità interna.

Il cambiamento organizzativo impostato ha margine nel prossimo futuro per essere ulteriormente oggetto di revisione (in un'ottica di qualità intesa come processo continuo di miglioramento) attraverso alcune ed ulteriori ipotesi di lavoro:

1. Formazione aziendale dedicata al lavoro in team (team building) al fine di implementare una competenza professionale scarsamente "allenata" nella categoria dei fisioterapisti.
2. Implementazione di strategie che promuovano la partecipazione del personale nei processi decisionali attraverso un costante coinvolgimento e progressiva responsabilizzazione nell'azione organizzativa.
3. Informatizzazione della procedura di attivazione delle richieste (in linea con la vigente normativa in materia di digitalizzazione della Pubblica Amministrazione) al fine di:
 - alleggerire e ridurre il lavoro di strutturazione dei planning, abbattendo al contempo il rischio di errore in fase di trascrizione dei dati;
 - rendere tracciabile e trasparente il processo, aprendone la visualizzazione anche agli attori secondari (U.O. richiedenti, controller ecc);
 - delegare ad organi competenti in materia il controllo e l'analisi sistematica dei flussi di dati, avendone comunque l'accesso e la disponibilità in fase di programmazione.

Bibliografia

- AAVV. Intensità di cura e complessità assistenziale. Management per le professioni sanitarie, n° 1/2012 - Maggioli Editore.
- Albertario C, Rancati J, Tissot A. Il fisioterapista ed il paziente: una relazione che cura. *Riabilitazione Oggi*, Anno XXVI, n° 5, pag. 36 - Maggio 2009.
- Alvaro R, Antonietti G, Guerrieri Wolf M, Petrangeli M. Il dirigente delle professioni sanitarie. Edises - II edizione, 2011.
- Avallone F, Bonaretti M. Benessere organizzativo - Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche. Rubettino Editore Srl 2003.
- Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica: manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali. Mc Graw Hill - 2008.
- Destrebècq A, Ferrara P, Terzoni S. Management Infermieristico. Carocci Faber - II edizione, 2012.
- Giustini A, De Marchi M, Crimi G. La continuità per sfidare la complessità. *Il Fisioterapista* (Edi.Ermes) - maggio/giugno 2013.
- Marra F. Le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie. Franco Angeli Ed. - Milano, 2010.
- Levero A. La qualità nelle strutture ospedaliere: cosa significa, cosa comporta. Mabimebit - Milano, 1998.
- Porter-O'grady T, Alexander D R, Minkara N. Constructing a Team model. *Nurs Admin Q* - Vol. 30, n° 3, pp. 211-220; 2006.
- Rancati J. Modelli Organizzativi in Riabilitazione: alcune riflessioni. *Riabilitazione Oggi*, anno XXX, n° 1 - gennaio/febbraio 2013.
- Quirbach E, Schaller J, Brunner B, Kofler M, Saltuari L. Riabilitazione neurologica: protocollo di collaborazione tra fisioterapisti ed infermieri. *Il Fisioterapista* - Edi.Ermes - maggio/giugno 2013.
- Vanzetta M. La gestione delle risorse umane: strumenti operativi per le professioni sanitarie. Mc Graw Hill - 2007.

Atti Congressuali e Riferimenti Normativi

- Ministero della Salute. La centralità della Persona in Riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali. Quaderni del ministero della salute n° 8, marzo-aprile 2011.
- Commissione Tecnica sul Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003) del Ministero della salute. Risk management in Sanità - Il problema degli errori. Roma, marzo 2004.
- Regione Lombardia. Libro Bianco sullo sviluppo del sistema sociosanitario in lombardia. Milano, 30 giugno 2014.
- Regione Lombardia. D.G.R. N. 1520 del 20/03/2014, recante "Determinazioni in ordini di requisiti di accreditamento per le attività riabilitative".
- Atti del convegno "Il modello assistenziale per intensità di cure nel nuovo ospedale: aspetti teorici e applicativi" - Bergamo, 4 Febbraio 2010.
- Atti del convegno "Il fisioterapista: professione intellettuale tra ideale e reale" - a cura di M.G. Ferrari - Edizioni provincia autonoma di Trento - 2007.

Corrispondenza: *Jacopo Rancati, SC di Medicina Fisica e Riabilitazione, AO Istituto Ortopedico G. Pini, Polo Riabilitativo, via Isocrate, 19 - 20126 Milano, Italy - Tel: +39 02 58296 015, E-mail: jacopo.rancati@gmail.com*