

"Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera"

* A. Pignatto*, C. Regazzo**, P. Tiberi***

13

Il modello gestionale dell'intensità di cure mette a fuoco una serie di concetti chiave che vengono definiti dal management sanitario. Modello originario da cui risulta più opportuno a prendere le mosse è necessariamente il Toyota Production System (TPS), ovvero il sistema, progettato dall'ingegner Taiichi Onho, che ha permesso alla Toyota di costituirsi come azienda leader nella produzione di automobili e di abbracciare il modello "Lean Thinking". Principale punto di partenza del TPS consiste nell'idea di creare valore eliminando gli sprechi. Le modalità di attuazione di questo concetto costituiscono il sistema Toyota il quale applicato in sanità ha dato vita al modello per Intensità di cure. Nella realtà, tuttavia, il modello originario ha dovuto adattarsi alle realtà locali e appare dunque modificato rispetto alle basi dal quale ha preso le mosse. In Italia le esperienze concrete di ospedali gestiti per intensità di cura sono limitate e pur tuttavia è dallo studio di queste, e delle reali pratiche attuate, che otteniamo forse le spiegazioni più chiare sul modello.

Confrontandosi con l'applicazione data al modello ci si rende conto di come, per la definizione della stessa, sia necessario operare una prima distinzione tra severità clinica ed il concetto di complessità assistenziale. Ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica, che una volta stabilita attraverso scale visionate, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo uno specifico grado di intensità.

Tuttavia, dato il grado di intensità richiesto, a costituirsi come variabile del processo è la parte assistenziale la quale deve essere intesa come entità flessibile in grado di adattarsi alle specificità delle istanze.

Fare della codificazione dell'intensità clinica una componente stabile dell'organizzazione significa

implementare uno schema di ammissione del paziente profondamente diverso da quanto è oggi in uso negli ospedali. Normalmente il primo accesso alla struttura sanitaria da parte del paziente, eccettuati i ricoveri programmati, è il pronto soccorso ed è da qui che si deve partire per stabilirne l'invio. Ma, una volta effettuata questa operazione, una volta cioè precisato il grado di intensità clinica al quale esso verrà destinato, si dovrà fare i conti con il grado di complessità assistenziale richiesto dal caso. A determinare il livello di cura del paziente saranno dunque le alterazioni che lo stesso fa registrare in merito ai suoi parametri fisiologici che, una volta stabiliti necessiteranno di una particolare tecnologia, di competenze particolari e di un certo grado di quantità e qualità di personale assegnato. Nei differenti ospedali lombardi ove l'intensità di cura sta cominciando ad essere implementata, sono stati assegnati tre gradi di intensità distinguibili proprio sulla base di caratteristiche tecnologiche, quantità e qualità, e dunque competenze, del personale presente. È solitamente vigente un livello di alta intensità (high level) comprendente la terapia intensiva e sub intensiva, un livello per la media intensità, articolato almeno per area funzionale e comprendente il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve, il quale a sua volta presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (week surgery, oneday surgery), ed infine un livello per la bassa intensità dedicato invece alla cura delle post-acuzie o low care.

Come anticipato il modello, che prevede l'invio del paziente ad uno di questi tre gradi d'intensità, poggia sul nodo specifico costituito sul Pronto Soccorso, vero e proprio filtro di tutto il sistema. Proprio per questo le metodiche e le indicazioni dell'invio nell'area di degenza appropriata devono essere oggetto di discussione e portare alla stesura di protocolli condivisi.



Normalmente quando si parla di gestione ospedaliera secondo criteri legati all'intensità di cura si pone fortemente in rilievo la centralità del ruolo del paziente all'interno del suo processo di cura. Per comprendere questo aspetto bisogna considerare come la suddivisione dei reparti secondo le differenti specialità scientifica è percepito sì come la necessaria evoluzione della scienza medica che, definendosi in specialità sempre più perfezionate permette una conoscenza maggiore e dunque una maggiore capacità di far fronte ai problemi di salute, ma al contempo si rischia di eliminare quella visione olistica della persona a cui invece è opportuno fare riferimento.

La continuità della vita rimanda di pari passo ad uno stato di salute complessivo del paziente ulteriore all'analisi delle singole problematiche. Un andamento tipico della società moderna consiste però nella progressiva specializzazione sia scientifica che organizzativa delle scienze e tuttavia è proprio l'unitarietà della persona a cui dovrebbe rimandare la ricerca di procedure o metodiche assistenziali, di forme di consultazione ed organizzazione interdisciplinare dell'attività diagnostica, terapeutica e riabilitativa.

L'integrazione tra le professioni mediche e più in generali tra quelle sanitarie nell'ospedale gestito per intensità di cura consente invece il passaggio dalla cura della singola fase ad una vera e propria presa in carico del paziente. Lo strumento base affinché si possa realizzare ciò è il PDTRA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale) il quale consente l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, consentendo così una presa in carico unica del paziente. La variabilità dei trattamenti di cura e la complessità di questi ultimi rende infatti necessaria l'adozione di criteri di uniformità per lo sviluppo di una reale integrazione delle cure. È solo con la definizione di un percorso, inquadrato da una prospettiva tecnico-gestionale, che vengono condivisi tra gli operatori obiettivi, ruoli e ambiti di intervento, garantendo così anche una maggiore chiarezza nella comunicazione con il paziente.

L'importanza del PDTRA all'interno del modello dell'intensità di cura è capitale essendo questo lo strumento, utilizzabile in ambito ospedaliero, che al tempo stesso permette la standardizzazione del

processo ed un orientamento dello stesso verso il miglioramento continuo parallelamente a quanto accade in particolar modo nelle organizzazioni che adottano il Toyota Production System come modello di gestione. Al contrario di quanto si può pensare, la condivisione dei PDTRA è uno dei passi più importanti per sviluppare un orientamento al paziente. Essi infatti, garantendo un percorso stabilito, permettono ai differenti attori del processo di avere sempre un forte coordinamento tra loro.

A costituirsi come essenziali per tutto il processo saranno in particolar modo i momenti di snodo del percorso, in cui cioè il paziente deve passare dal pronto soccorso al reparto, da un livello ad un altro oppure la dimissione. La formalizzazione dei criteri, clinici e gestionali, e le metodologie per l'invio del paziente deve avvenire in primo luogo con l'ausilio dei professionisti coinvolti nel processo. Proprio a fronte di questa precisazione, per la quale la standardizzazione deve essere effettuata a partire dall'operato di coloro che quotidianamente sono impegnati nella risoluzione dei casi in oggetto, nelle differenti aziende o strutture sanitarie, i PDTRA non saranno mai completamente assimilabili gli uni agli altri. Essi non possono essere imposti a livello regionale, ma necessitano di una continua revisione nei differenti contesti sanitari nei quali vengono adottati. Normalmente, per questa ragione, parlando di intensità di cura se ne pone in risalto l'aspetto legato al suo sviluppo implementato dal basso e non dall'alto, caratteristica questa che, insieme alla centralità data alla figura del paziente, rende la sua implementazione solitamente ben accolta da parte dei soggetti coinvolti.

I nuovi ruoli professionali da realizzarsi, legati ad una presa in carico "globale" del paziente, portano a dover concettualizzare il principio del "case management". Centrali diventano le figure dell'infermiere e del medico tutor. Quest'ultimo è colui che prende in carico il paziente, entro le prime 24 ore, che ne stende il piano clinico e che si fa carico dell'intero suo percorso. Si interfaccia sia con il Medico di Medicina Generale, di cui è il principale interlocutore per il vissuto del paziente nell'ospedale, che con la sua famiglia. Da qui discendono anche competenze specifiche che il Medico Tutor deve possedere. Deve avere adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i



pazienti, essere in grado di gestire i percorsi degli stessi, da valutare e mantenere nel tempo, e sapersi supportare attraverso percorsi formativi adeguati. Parallelamente a questo, in un ospedale gestito secondo il modello dell'intensità di cura è molto importante saper coordinare, con i criteri clinici, anche quelli propri dell'assistenza infermieristica. Anche qui, come sul piano clinico, l'introduzione di un responsabile per la pianificazione dell'intero percorso del paziente permette al contempo il realizzarsi della metodologia del take care. Altra figura di rilevanza all'interno del modello è rappresentata proprio dal tutor infermieristico che garantisce l'assistenza personalizzata al paziente affidatogli e diviene così responsabile del risultato del progetto assistenziale.

Anche l'infermiere tutor deve possedere adeguata esperienza e competenza assistenziale associate ad elevate capacità di programmazione sulla base delle quali avverrà l'assegnazione dei casi. Accanto a lui dovrà agire un team di infermieri a suo supporto, veri e propri "associati", tale da garantire la continuità assistenziale anche senza la necessità di una sua presenza costante. L'importanza di queste figure, per essere correttamente valorizzata, ha bisogno dell'incremento e della rivalutazione degli operatori socio sanitari a cui trasferire attività alberghiere. Solo in questo modo l'infermiere tutor potrà concentrarsi nelle funzioni di coordinamento e di programmazione assistenziale. Il concetto da porre innanzi, per ciò che concerne l'attività infermieristica, dovrà essere quello di complemento, di sinergia, rispetto all'analisi clinica. Gli strumenti a disposizione nel tempo si sono evoluti dal processo assistenziale alla pianificazione dell'assistenza fino alla valutazione

della complessità assistenziale, strumenti in grado di concorrere, attraverso un approccio multidimensionale e multiprofessionale, al bene salute secondo un modello emergente di **governo clinico-assistenziale**. È importante prevedere, nel processo di organizzazione infermieristico basato sulla complessità assistenziale, l'adozione di un modello organizzativo professionale diverso rispetto all'attuale in uso nella quasi totalità delle Unità Operative di degenza (modello funzionale per compiti).

Il modello dell'intensità di cura prevede un ospedale che si configuri come il luogo di ricovero per le acuzie, richiedendo così un aumento qualitativo e quantitativo dell'offerta territoriale, così come delle prestazioni del Medico di Medicina Generale, affinché la presa in carico del paziente risponda contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza delle prestazioni ed efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse. Il ruolo di quest'ultimo deve essere anche quello di fungere da integrazione territorio-ospedale, evitando così gli accessi impropri da una parte e il collegamento con il territorio per le dimissioni protette dall'altro.

In conclusione affermiamo che per riuscire ad affrontare un cambiamento importante come quello verso l'intensità di cura un ospedale dovrà primariamente riuscire a far fronte ad un cambio di prospettiva che, aderendo in modo sempre più compiuto alle linee date dalla pianificazione regionale, riesca a confrontarsi al contempo con la necessità di fare della persona il fulcro attorno a cui indirizzare gli sforzi organizzativi, gestionali, clinici ed assistenziali e, contemporaneamente, adeguarsi alla necessità del contenimento delle spese e di un utilizzo razionale delle risorse.

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE INTENSITÀ DI CURE

- Baragatti L., Tonelli L., "Quanti degenti per infermiere", Il Sole 24 Ore, "Sanità", 26 febbraio-3 marzo, 2008, p. 29.
- Colombai R., "Nel segno dell'appropriatezza", Il Sole 24 Ore, "Sanità", 19-25 febbraio, 2008, p. 23.
- Donini C., Lean Manufacturing. Manuale per progettare e realizzare un'azienda snella, Franco Angeli, Milano, 2007.
- Galgano A., Galgano C., Il sistema Toyota per la sanità, Guerini e Associati, Milano, 2006.
- Negro G, L'organizzazione snella nella pubblica amministrazione, FrancoAngeli, Milano, 2005.
- Nicosia P. G., Nicosia F., Tecniche lean in sanità. Più valore, meno spreco, meno errori col sistema Toyota, FrancoAngeli, Milano, 2008.

* Direttore scientifico Antiforma s.r.l. Milano, esperto di metodologia cognitiva e comportamenti organizzativi

** Presidente di Antiforma s.r.l. Milano, Formatrice Senior Area Sanità

*** Ricercatore – direzione scientifica Antiforma s.r.l. Milano

