

La sfida dei nuovi cinque ospedali in Lombardia. Realismo o velleità?

A cura di E. Goggi, L. Sormani*

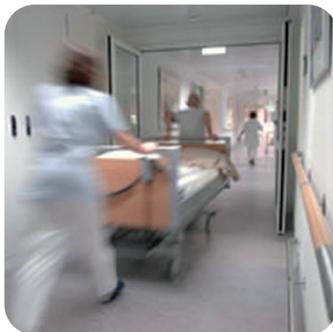
L'attuale evoluzione delle strutture ospedaliere segue un modello che, sia pure mai definito in modo preciso a livello teorico, nasce dall'impostazione specialistica e per settori della cura e dell'assistenza. A partire dai primi decenni del secolo scorso infatti l'organizzazione delle strutture ospedaliere ha cominciato a modificarsi aggiungendo progressivamente ai due reparti originari, Medicina e Chirurgia, Unità Operative sempre più specialistiche. Tale tendenza ha portato a due fenomeni rilevanti: la parcellizzazione dell'utilizzo delle risorse disponibili in ogni singolo ospedale e la cura alla persona centrata sulla singola patologia. Se per alcune discipline (ad esempio Pediatria, Ostetricia, Psichiatria, Aree critiche) tale evoluzione ha portato ad un miglioramento della qualità della cura, nella maggior parte delle altre situazioni questo ha progressivamente esasperato i due aspetti citati, ulteriormente incrementati nel tempo da due fattori: la necessità di razionalizzare ed il progressivo aumento dei malati ricoverati affetti da polipatologia.

Da ciò lo studio di nuove modalità organizzative degli ospedali che permettessero di migliorare l'affronto di questi due fattori.

Una delle soluzioni proposte nella strutturazione e organizzazione dei reparti di degenza è quella che prende il nome di "intensità di cura" o "intensità assistenziale" che sono due facce diverse e complementari di uno stesso modello organizzativo. Il modello di ricoveri per intensità è una modalità di organizzazione clinica dell'ospedale che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico ed intensità di cura di cui necessita. In genere questo modello viene applicato al dipartimento internistico e a quello chirurgico. Non è identificabile un momento preciso per la nascita del modello secondo l'intensità di cure, o di assistenza, si può parlare piuttosto di una lenta evolu-

zione che ha inizialmente preso ispirazione dall'organizzazione di molti ospedali statunitensi dove i malati sono ricoverati in base alla complessità, la gestione del reparto è affidata all'infermiere e la presenza costante del medico è garantita dagli interni mentre gli specialisti non sono dipendenti e seguono i singoli ricoverati o vengono chiamati al bisogno. Da notare che tale organizzazione si è sviluppata in una situazione in cui la professione infermieristica ha un ruolo di maggiore responsabilità e negli ospedali è presente la figura del medico interno che opera nei reparti per tutta la giornata e copre le guardie. Risulterebbe comunque piuttosto complesso nello spazio qui disponibile spiegare nel dettaglio le varie possibilità di applicazione di questa tipologia organizzativa, anche perché

la stessa si è evoluta rispetto all'immagine iniziale cercando di individuare delle varianti che si adattassero alla realtà europea; sintetizzando si può dire che l'area di riferimento (dipartimento medico o chirurgico) in cui la persona viene ricoverata non è identificata in base alla patologia prevalente in quel momento, ma alla sua situazione clinica ed ai suoi bisogni assistenziali. Resta invece legato alla necessità patologica contingente lo specialista cui il paziente viene affidato dall'ingresso, e definito medico "tutor" che ha il compito della presa in carico, assumendosi la responsabilità del percorso ospedaliero e coordinando le varie attività cliniche di cui il suo paziente necessita. È importante sottolineare che nell'area di ricovero per intensità di cura operano insieme tutti gli specialisti che afferiscono ad uno specifico dipartimento (ad esempio nel dipartimento internistico sono coesistenti nella stessa area di ricovero il neurologo, l'internista, il nefrologo ecc., i medici cioè delle discipline che afferiscono al dipartimento). In Italia questo modello è stato studiato ed applicato inizialmente ed in modo



più sistematico dalla Regione Toscana, che lo ha inserito in una legge regionale, a cui hanno fatto seguito ospedali delle Marche, a Jesi, dell'Emilia a Forlì e più recentemente della Lombardia, che ha scelto di dare questa impostazione a cinque nuovi ospedali in costruzione (Bergamo, Como, Legnano, Vimercate e Milano Niguarda). Va comunque fatto notare che non esiste un modello rigido nella sua applicazione ma ogni realtà locale ha, giustamente, cercato di adattarlo alla propria situazione particolare.

In questo nuovo modello organizzativo coesistono sia aspetti positivi che problematicità. In primis l'attenzione al paziente: attorno a lui ruotano professionisti e servizi dell'ospedale, invertendo la logica tradizionale per cui era sinora il paziente ad essere riallocato secondo un'appartenenza disciplinare, inoltre l'assistenza e la cura sono commisurate ai suoi bisogni. Elemento di difficoltà invece è che per funzionare bene l'ospedale necessita di una gestione operativa forte, capace di organizzare procedure e processi quali quelli di programmazione delle sale operatorie e delle liste di attesa per rispondere alle variabili necessità dei dipartimenti. Ma la difficoltà maggiore è il cambiamento culturale richiesto agli operatori, in particolare i medici, che si trovano a lavorare in un ospedale non più organizzato per unità di discipline specifiche e indipendenti, gestite dai singoli specialisti, creando così una situazione di perdita di status con una possibile diminuzione della capacità organizzativa.

È ciò che segnala un documento prodotto quest'anno da una delle maggiori federazioni di Società Scientifiche che, in merito all'intensità di cure, afferma: "...con l'introduzione dei tre livelli di intensità di cure si corre il rischio di disperdere l'identità culturale della cardiologia, in nome di un'anacronistica concezione olistica della medicina" che denota un forte timore verso i nuovi modelli. (Giornale Italiano di Cardiologia Vol. 10, Suppl 3 al n° 6, Giugno 2009 pag 75) Al di là del giudizio che ciascuno può dare su questa specifica proposta organizzativa, è necessario rilevare come si renda comunque sempre più necessario un cambiamento delle modalità organizzative interne degli ospedali che, nella loro impostazione attuale, sono in tutto simili a quelli di ottanta anni fa. La vera sfida è infatti quella di individuare un modo di lavorare che permetta alle persone ricoverate di essere accolte e curate nella loro complessità, ai professionisti di esprimere al meglio le proprie competenze e capacità e, nello stesso tempo, di sfruttare nel modo più razionale possibile le risorse a disposizione. Naturalmente tutto questo non è semplice e, probabilmente non c'è un'unica soluzione; ma se è vero che l'attuale situazione risulta a detta di quasi tutti insoddisfacente, non si deve temere di intraprendere nuove strade lasciando da parte i pregiudizi e cercando quello che potrebbe rispondere per il meglio alle persone ricoverate e a quelle che intorno e per esse lavorano.

*(Tratto da Rassegna Stampa
Medicina e Persona del 6/11/2009)*