

I livelli assistenziali presente o futuro?

Dr.ssa D.P.Greco
Responsabile S.S.D.
Dau Surgery Centralizzata
Azienda Ospedaliera Niguarda Cà Granda Milano

Introduzione

Premessa

La premessa fondamentale risiede nell'impossibilità:

- ✚ dal punto di vista dei vincoli economici,
- ✚ della safety,
- ✚ dell'ottimizzazione dell'utilizzo di risorse ormai da tempo bloccate, di proseguire nell'attuale organizzazione.

È necessario prevedere l'evoluzione dall'organizzazione dell'ospedale per acuti da strutture complesse "organizzate" in dipartimenti, divisi per branca, che, tramite un'evoluzione ad un sistema a matrici trasversali e verticali permettano l'intersecazione all'interno dell'organizzazione per:

- ✚ profili di cura
- ✚ livelli assistenziali
- ✚ ottimizzazione della gestione delle risorse.

Tale impostazione è sicuramente più facilmente intuibile nell'ambito chirurgico ove l'innovazione tecnologica permette di percepire le attuali possibilità dell'evoluzione del sistema.

Vincolo

Passare da un'organizzazione per sistemi ad una organizzazione per livelli significa che si passa da una organizzazione centrata sugli operatori ad una organizzazione centrata sul paziente.

Obiettivo questo sicuramente di alto profilo culturale ed etico ma da cui derivano una mole di implicazioni organizzative in quanto dovremo ripensare il sistema esaminando vincoli:

- ✚ strutturali
- ✚ organizzativi
- ✚ di risorse
 - umane
 - materiali

che possano inficiare la buona riuscita del sistema








La riorganizzazione per livelli assistenziali

Per parlare di riorganizzazione per livelli assistenziali dobbiamo in primo luogo analizzare quali siano i livelli assistenziali nell'ambito chirurgico sia come tassonomia dei livelli sia come conoscenza del contenuto del livello.

Tassonomia

I livelli assistenziali in ambito chirurgico possono essere elencati come segue:

- ✚ ambulatoriale

-  ambulatoriale protetto
-  day surgery
-  one day surgery
-  week-surgery
-  degenza ordinaria
-  alta intensità di cure
-  riabilitazione

Contenuti

I contenuti sono illustrati nella tabella 1 e nella figura 1:

| Livello assistenziale | Contenuto 1 | Contenuto 2 | Contenuto 3 | Contenuto 4 | Contenuto 5 | Contenuto 6 | Contenuto 7 | Contenuto 8 | Sede |
|-------------------------------|------------------------------|---------------------|--------------|--|--|--|--|-------------|--|
| Ambulatorio | Prime visite | Visite di controllo | Prenotazioni | Piccoli interventi | Follow-up | ---- | ---- | ---- | Ambulatorio |
| Ambulatorio protetto | Prericovero | Accettazione | Intervento | Dimissione | Gestione dell'assistenza post dimissione ? | Follow-up | ---- | ---- | Ambulatorio Day surgery |
| Day surgery | Prericovero | Accettazione | Intervento | Assistenza durante la degenza | Dimissione | Gestione dell'assistenza post dimissione | Follow-up | ---- | Ambulatorio Day surgery |
| One day surgery | Prericovero | Accettazione | Intervento | Assistenza durante la degenza | Controllo post notte | Dimissione | Gestione dell'assistenza post dimissione | Follow-up | Ambulatorio Day surgery Week surgery |
| Week surgery | Prericovero | Accettazione | Intervento | Assistenza durante la degenza da 48 a 120 ore | Follow-up | ---- | ---- | ---- | Ambulatorio Week surgery |
| Degenza ordinaria | Prericovero 50% dei pazienti | Accettazione | Intervento | Assistenza durante la degenza da 120 ore in su | Follow-up | ---- | ---- | ---- | Ambulatorio Degenza ordinaria |
| Alta intensità di cure | Prericovero 50% dei pazienti | Accettazione | Intervento | Gestione del paziente in terapia intensiva | Assistenza durante la degenza da 120 ore in su | Follow-up | ---- | ---- | Ambulatorio Degenza ordinaria Terapia intensiva |

Tabella 1: contenuto dei livelli assistenziali

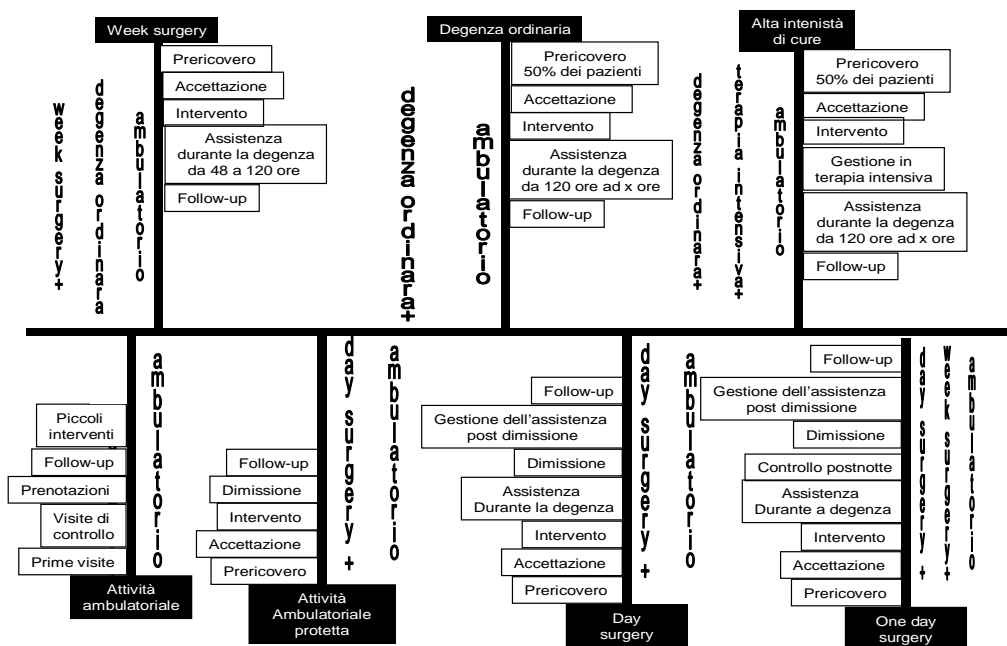


Figura 1: contenuto dei livelli assistenziali

Si evidenzia in tal modo che a seconda dei livelli assistenziali noi possiamo avere una differente numerosità di funzioni ed una differente sede di erogazione del processo di cura. I dati riassunti sono riportati nella tabella 2

| Livello assistenziale | N° funzioni | N° sedi |
|------------------------|-------------|---------|
| Ambulatoriale | 5 | 1 |
| Ambulatoriale protetto | 6 | 2 |
| Day surgery | 7 | 3 |
| One day surgery | 8 | 3 |
| Week surgery | 5 | 2 |
| Degenza ordinaria | 5 | 2 |
| Alta intensità di cure | 5 | 3 |

Tabella 2 ripilogativo di sedi e funzioni dei livelli assistenziali

I livelli assistenziali

In tal modo si passa da una visione professionisticentrica ove è il paziente a migrare(fig.2) ad una visione pazienticentrica (fig 3), questo implica però una serie di ricadute organizzative.

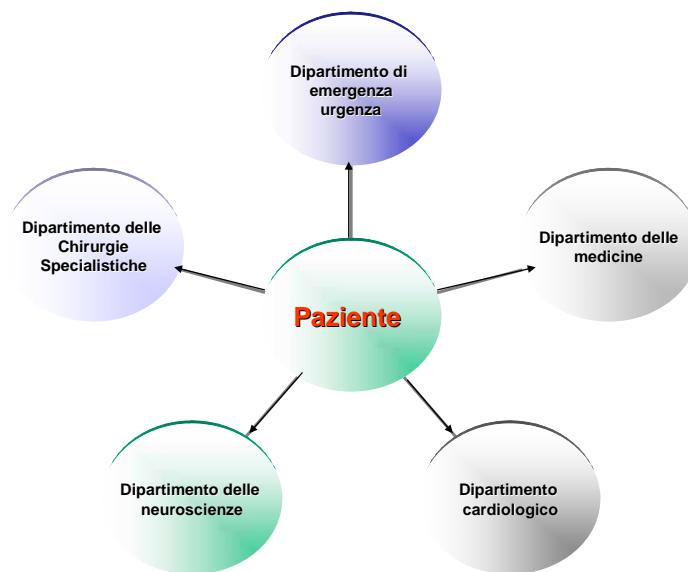


Figura 2: visione organizzativa patientcentrica

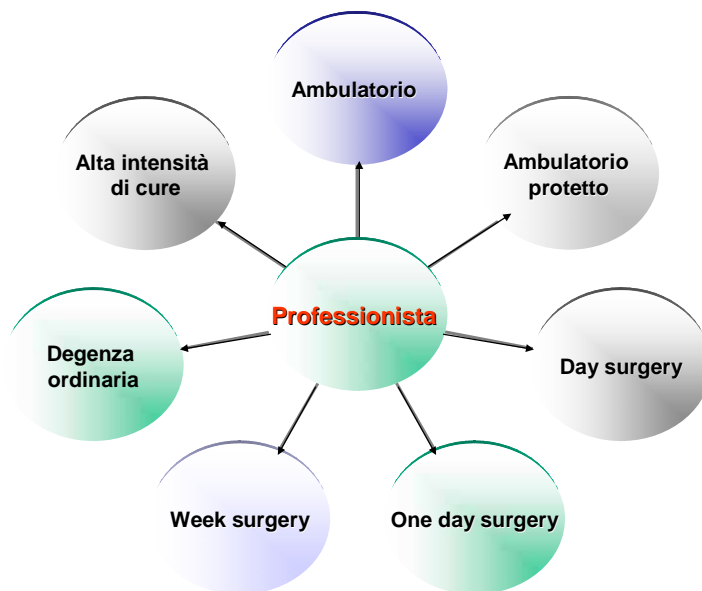


Figura 3: visione organizzativa professionalcentrica

In assenza di normative e regolamenti che definiscano ruoli e contenuti dell'organizzazione ogni Azienda ha la liceità di strutturarsi nel modo che ritiene più aderente al proprio assetto organizzativo di base. Questo fatto tenderà a leopardizzare ancora maggiormente la geografia sanitaria italiana.

Partendo dalla positività della:

- ✚ centralità del paziente,
- ✚ razionalizzazione delle risorse assistenziali

derivante dall'impiego dei livelli assistenziali, dobbiamo avere l'accortezza di non sottovalutare le criticità del nuovo sistema:

- ✚ la presenza/assenza del case manager
- ✚ utilizzo dei protocolli e delle linee guida.

Se entriamo in un sistema patientocentrico ove il **paziente** dopo un inquadramento di base effettuato in un ambulatorio:

- ✚ interno,
 - istituzionale poliambulatorio
 - libero professionale o solvenza
- ✚ esterno
 - istituzionale
 - in libera professione o solvenza

entra tramite il percorso della **prenotazione centralizzata** in una lista d'attesa governata per:

- ✚ priorità cliniche
- ✚ livelli assistenziali;

dobbiamo per prima cosa prevedere una riorganizzazione del livello ambulatoriale che consenta, sia per la quota di pazienti provenienti dalle strutture ambulatoriali istituzionali che di libera professione o solvenza un corretto inserimento nei livelli assistenziali.

Entrando in un sistema patientocentrico, nell'ottica dell'equità del processo di cura dobbiamo evitare un sistema a due binari qualitativamente divergenti ove il paziente partito con una prima visita ambulatoriale in regime privatistico o di solvenza potrebbe trovarsi incanalato in un sistema del tipo " **case manager**" che andremo ad illustrare nei prossimi capitoli, mentre un paziente il cui processo di cura sia iniziato nell'ambulatorio istituzionale si troverebbe incanalato in un sistema " **consultant**" non normalizzato.

È ormai evidenza medica che non sono solo le patologie a definire i livelli assistenziali ma anche e soprattutto la biologia del paziente e la sua situazione socioambientale., come evidenziato nella fig.4

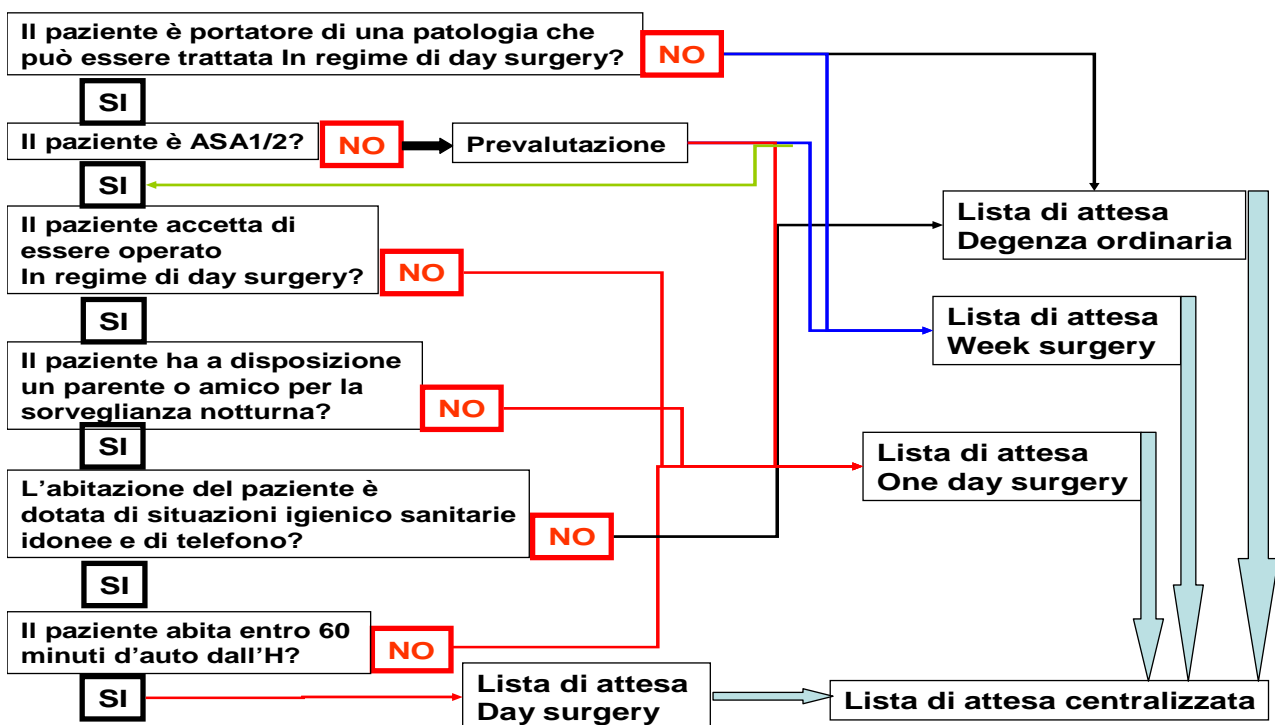


Figura 4: algoritmo di selezione dei livelli assistenziali impostato su: patologia, condizioni biologiche, condizioni sociali

Possiamo fare in merito un esempio pratico riferendoci alla patologia laparocele.

Il laparocele od ernia incisionale può essere operato in regime di:

- + day surgery
- + one day surgery
- + week surgery
- + alta intensità di cure.

La scelta del livello assistenziale dipende da:

1. BMI del paziente (superiore a 32 non ha indicazione alla day surgery)
2. necessità di avere a disposizione un postoperatorio in terapia intensiva o subintensiva(pazienti con patologie concomitanti in particolare respiratorie o laparoceli di grosse dimensioni che possano far prevedere un peggioramento della situazione respiratoria dopo la sintesi della breccia)
3. durata della procedura chirurgica che è strettamente dipendente sia dalle dimensioni del laparocele, dal numero di breccie sia dalle capacità e dalle competenze del professionista.

Questo esempio vuole far comprendere come sia indispensabile possedere:

- + protocolli ben definiti,
- + supporti di semplice consultazione quali gli algoritmi,
- + professionisti esperti nel livello ambulatoriale che nella riorganizzazione per livelli assistenziali diventa il momento di maggiore criticità in quanto incanala il paziente in un differente percorso.

Attualmente la tendenza organizzativa nell'ambito chirurgico è figlia di un sistema gerarchico e vede quale priorità organizzativa l'attività di sala operatoria. Nella programmazione delle attività dei professionisti la programmazione dell'attività di sala operatoria è il momento in cui vengono fatte confluire le risorse dei professionisti più esperti demandando ai professionisti meno esperti le attività cliniche, l'attività di ambulatorio e di guardia.

Da questo non oculato comportamento organizzativo deriva, per i pazienti prenotati a livello istituzionale, una possibilità di non corrispondenza fra planning chirurgico programmato e strategia chirurgica da applicare. È fatto noto che tale disservizio organizzativo/gestionale crea un disagio nei professionisti, causa una non fiducia nelle informazioni trasmesse dal sistema, la cui conseguenza è la convocazione del paziente presso la struttura ospedaliera il giorno prima o alcuni giorni prima dell'intervento per essere visitato dal professionista che eseguirà la procedura e quindi avere la possibilità di pianificare con appropriatezza l'intervento chirurgico.

Oltre a dover riqualificare la competenza del professionista presente in ambulatorio è necessario rivedere i contenuti del prericovero entrando nel merito della sinergia fra prenotazione centralizzata e prericovero.

Con l'istituzione di un processo di cura per livelli assistenziali è indispensabile che lista di attesa, programmazione della sala operatoria, prericovero si embrichino in modo funzionale interpretando quella che è la loro reale funzione ovvero di:

- + razionalizzazione delle risorse,
- + risk management.

Per ottenere questo obiettivo è necessario che nell'ambito della seduta di prericovero generata da una specifica programmazione operatoria sia presente non solo la componente anestesologica cui spetta sia la visita clinica che la conferma dell'idoneità

biologica del paziente al livello assistenziale programmato. In tale momento del processo scaturisce inoltre una preindicazione ai livelli di procedura anestesiologicala che debbono essere concordati con l'operatore chirurgo che rivalutando in tale sede il paziente ha anche la possibilità di completare una importante parte della documentazione clinica: il **consenso informato**.

Anche se questa modalità organizzativa oggi potrebbe apparirci irraggiungibile è nostro compito attivare tutte le sinergie opportune per raggiungere l'obiettivo di avere un case manager clinico che possa garantire il percorso di cura ed essere riferimento per il paziente dall'inizio alla fine del processo. Se il processo debba intendersi iniziato nel momento del prericovero o nel momento della generazione della prenotazione questa è materia che può trovare dibattito o soluzione per il momento alternative.

La rilevanza medico legale dell'atto chirurgico/invasivo fa sì che sia necessario che l'organizzazione nell'effettuare le sue modifiche tenga conto della necessità da parte del professionista di poter avere gestione del caso clinico per l'arco di tutto il protocollo diagnostico terapeutico.

L'alternativa a questa impostazione, ovvero la creazione di una linea di case/pathology manager, è rappresentata da un “ **ossessivo ed estensivo**” utilizzo di protocolli ed algoritmi.

Si tratta di una scelta culturale.

L'una, il case manager, privilegia il contenuto intellettuale della professione, responsabilizzando il singolo professionista e ricercando nella competenza ed abilità del singolo il miglior outcome possibile.

La soluzione organizzativa privilegia una visione di più basso profilo con standard che debbono necessariamente essere sufficienti e garanti nella gestione del rischio, ma che non danno:

- ✚ soddisfazione al professionista che sicuramente si sentirebbe appiattito da tutta una serie di norme e procedure,
- ✚ senso di copertura del processo al paziente che in tal modo riceverà sicuramente un percorso assistenziale corretto ma anonimo e ciò va in controtendenza con un processo di umanizzazione delle cure.

Inoltre un processo estremamente stressato sul percorso organizzativo e non sul percorso professionale potrebbe trovare una non condivisione talmente forte da parte dei professionisti da rendere inattuabile il cambiamento.

Le competenze professionali

Tutto quanto esposto dimostra come per la stessa patologia si possa optare per differenti livelli assistenziali in subordine ad una serie di n parametri, ne consegue che il professionista che ormai si connota nella medicina ed ancor più nella chirurgia moderna quale superspecialista deve necessariamente aver la possibilità di spostarsi fra i diversi livelli di cura per garantire:

1. al professionista la possibilità di mantenere uno skill a 360 gradi sulle proprie competenze
2. al cittadini di ricevere sempre la miglior prestazione offribile dalla struttura
3. all'azienda
 - a. una minimizzazione degli outcome negativi,
 - b. un'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse.

Rimane a questo punto da chiarire :

- ✚ quali siano i momenti imprescindibili di cura nell'ambito del PDT¹ del superspecialista, **consultant**,
- ✚ quali possano essere delocati alla gestione organizzativa,
- ✚ nella delocazione quali debbano essere le figure professionali coinvolte.

Introducendo un concetto organizzativo della sanità anglosassone, la figura del consultant, dobbiamo però saperla tradurre nella realtà italiana adattandola alle capacità, cultura e competenze del complesso panorama delle figure professionali della sanità italiana. Qualsiasi traduzione infatti non può prescindere dal contesto in cui viene effettuata quindi la sottolineatura più importante è che: partendo da una situazione di Strutture Complesse Monospecialistiche e da una situazione di Dipartimenti in una deregulation stabilizzata, a fronte di figure assistenziali estremamente differenti sia come formazione che come pratica quotidiana dal modello anglosassone, in assenza di un supporto amministrativo clinico dobbiamo prima dell'introduzione della figura del consultant affrontare tutta una serie di formalizzazione di regole che stabiliscano:

- ✚ regole,
- ✚ competenze,
- ✚ doveri,
- ✚ diritti

dei singoli attori del sistema.

L'innovazione gestionale, non solo ai fini del risparmio economico, ma soprattutto ai fini della sicurezza è un imperativo non più rimandabile, ma operare il cambiamento dalla coda potrebbe essere ancora più pericoloso.

A nostro giudizio, ancor più che nella day surgery nell'ambito della week surgery, debbono essere programmate tramite regolamentazione la gestione del post-operatorio, momento questo sicuramente sempre sottovalutato nel passato ove la continuità H24 dell'equipe consentiva di non programmare questo tipo di attività.

Va definito chi debba essere il gestore della sorveglianza clinica e tutore dell'allarme di difformità, non di emergenza, quali competenze cliniche debba possedere, se debba appartenere all'area clinica o a quella assistenziali. Ed è utile a questo punto sottolineare come il potere/dovere fare una cosa, prendere una decisione, implichi necessariamente una delocazione di responsabilità e dobbiamo chiederci se il comparto assistenziali sia, in questo momento in Italia disponibile alla delocazione di tali responsabilità.

Inoltre va accuratamente studiato un sistema di “ **pronta disponibilità**” del consultant in caso di difformità di processo. Tradotto in termini più facilmente comprensibili non sarebbe concepibile che la sorveglianza clinica effettuata da un comparto assistenziale notasse una difformità di processo e dovendo interpellare il consultant di riferimento non lo possa trovare disponibile per almeno 4-5 ore in quanto impegnato in attività chirurgiche nell'ambito di un altro livello assistenziale.

L'innovazione organizzativa tesa al miglioramento dell'efficienza ed efficacia del sistema si rivelerebbe, contrariamente alle aspettative, estremamente inefficiente.

L'esperienza di questi venti anni di day surgery e ancor più questi ultimi anni di day surgery centralizzate hanno dimostrato come in Italia, ove è estremamente stressato questo concetto della professione medica, quale professione intellettuale, il professionista si adegui con difficoltà a comportamenti standardizzati, quali linee guida e protocolli invocando l'autonomia professionale.

Riteniamo che la week surgery in particolare sarà un banco di prova per la mediazione fra la standardizzazione del processo professionale nel rispetto dell'autonomia professionale. La difficoltà maggiore sarà come prima accennato la gestione del postoperatorio in

¹ Percorso Diagnostico Terapeutico

particolare nella scelta delle funzione di coordinamento del processo di cura e nella scelta della modalità operativa della gestione della sorveglianza clinica nel post-operatorio.

Non sarà mai a sufficienza sottolineato come il contrarsi del tempo della degenza:

- ✚ non banalizza il processo clinico,
- ✚ complessizza l'organizzazione
- ✚ aumenta le interrelazioni
 - nella numerosità di persone
 - nell'incremento delle tipologie delle figure professionali coinvolte nel processo di cura
- ✚ accorcia il tempo a disposizione per prendere decisioni.

Tutto questo significa necessità di:

- ✚ maggior senso di responsabilità da parte dei professionisti,
- ✚ chiarezza di interrelazioni,
- ✚ estrema correttezza e rispetto, anche nelle forme, delle relazioni interpersonali

Criticità del sistema

Organizzare il processo sanitario per livelli assistenziali fa esplodere alcune criticità dell'area medica.

Il calcolo dei carichi di lavoro è divenuto sempre più complesso e difficilmente computabile in questi anni.

Nel passato il calcolo dei carichi di lavoro era legato al:

- ✚ numero dei posti letto- giro visita
- ✚ sedute di camera operatoria
- ✚ ore di guardia
- ✚ ore di attività ambulatoriali.

Già oggi un computo di carichi di lavoro in questi termini incomincia a non comprendere la maggior parte del lavoro clinico moderno che è orientato sul profilo di cura e non sulla gestione del reparto.

Un moderno computo del carico di lavoro deve comprendere:

- ✚ ore reali di attività ambulatoriale in quanto gli standard attualmente in uso per mediare con la disponibilità assistenziale del comparto non corrisponde allo standard reale clinico
- ✚ ore necessarie per la gestione del prericovero che comprendono cartella clinica e consenso informato stimabili in 30'-40' per paziente
- ✚ le funzioni di programmazione:
 - programmazione prericovero
 - programmazione seduta operatoria
 - programmazione follow-up
- ✚ atto chirurgico
- ✚ carico assistenziale postoperatorio standard che è correlato al livello di cura e sicuramente poco misurabile oggi per la week surgery data la scarsità di esperienza nel campo sia nazionale che internazionale.
- ✚ dimissione che comprende:
 - stesura della lettera di dimissione che anche con l'ausilio dell'informatizzazione necessita per i livelli bassi e medi dai 10' ai 15'
 - consegna della lettera di dimissione che con la contrazione delle degenza significa istruzione del paziente e della famiglia al completamento del processo di cura e quindi dai casi più semplici a quelli medi necessita dai 10' ai 15' per paziente

questi ovviamente sono i carichi di lavoro per un pool di pazienti con processo di cure standard e tutte con outcome positivo cui andranno aggiunti i carichi delle difformità

Logistica

Il lavorare in differenti livelli assistenziali pone la necessità di creare spazi ed ambienti idonei condivisibili fra professionisti della medesima branca ma ben definiti.

Questa criticità è particolarmente sentita nelle vecchie e gloriose strutture ospedaliere a padiglioni ma anche per il futuro si possono intravedere scenari di livelli assistenziali strutturalmente non limitrofi e quindi deve essere concepito il minimo confort anche per il sanitario quale la possibilità di riporre propri indumenti od oggetti o strumenti ad uso personale.

Quello della carenza logistica degli ambienti nei confronti del personale medico è una piaga, tipica del nostro paese. È, purtroppo, quasi normale, rilevare blocchi operatori forniti con numero insufficiente di armadietti rispetto alla potenziale ed usuale utilizzo da parte dei professionisti. Malcostume questo che ha abituato i professionisti, particolarmente quelli di grado elevato a cambiarsi nei propri studi circolando con le divise da sala operatoria nell'ambito ospedaliero aumentando il rischio di infezioni.

L'organizzare il processo di cura con bassi regimi degenziali quali l'ambulatorio protetto, la day surgery, la week surgery ha delocalizzato molto dell'attività sanitaria nella struttura ambulatoriale senza considerare la delicatezza di tale delocalizzazione soprattutto nella gestione della prevenzione delle infezioni nosocomiali.

Non esiste, in genere differenziazione a livello ambulatoriale fra medicazione settica o pulita, la sanificazione della struttura ambulatoriale segue un protocollo che non è certo quelle degenze mentre la delicatezza di molti degli atti compiuti in tali sedi implicherebbero l'applicazione del medesimo protocollo, ovvero pulizia tre volte al giorno sanificazione ravvicinate ed approfondite, questo in correlazione sia alle funzioni che ivi si svolgono sia all'affollamento di tali strutture.

Conclusioni

Quanto prima esposto non vuole essere né obiezione al cambiamento né un modo per fermare il cambiamento. L'esperienza degli ultimi venti anni ha visto l'introduzione della day surgery, anche se voluta dai professionisti un'avventura. La nascita di numerosi modelli di day surgery di fatto non hanno soddisfatto i professionisti che si sono lanciati in nuove avventure week surgery, chirurgia feriale, reparti di chirurgia leggera, ambulatorio protetto.

Tutto ciò ha dimostrato che a fronte di un paziente che si dimostra soddisfatto e richiede lui stesso un trattamento con degenza breve abbiamo dei problemi aperti:

- ✚ la tutela di fasce deboli e disagiate della popolazione che si incrementano sempre più nelle grandi città che richiederebbero prestazioni per patologie trattabili in regime di day surgery o one day ma che non hanno supporto socio /famigliare per tali modelli
- ✚ il disagio dei professionisti che temono da un lato di vedersi emarginati in un regime assistenziale e dall'altro di essere sempre più indotti a superspecializzarsi in un microcosmo chirurgico, inducendo di fatto un aumento della richiesta delle prestazioni,

- ✚ la difficoltà di coabitazione in sistemi misti aperti, polispecialistici in una società ospedaliera che, in un mondo esterno globalizzato, perpetua l'individualismo nel concetto di tutela dell'autonomia professionale
- ✚ la scarsità di logistica, spazi da dedicare se non al singolo medico in ogni livello assistenziale almeno alla singola branca specialistica,
- ✚ ultimo punto, non certo di minor rilievo è la difficoltà in un momento di incremento esponenziale delle contestazioni medico legali di poter delocalizzare alcune funzioni al comparto assistenziale, delocalizzazione che significa però anche una presa d'atto di responsabilità non solo assistenziali ma anche legali.