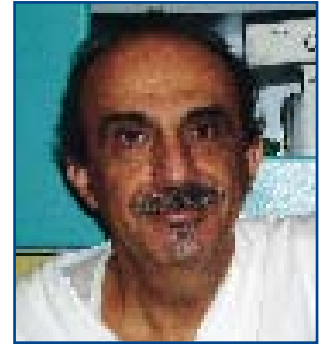


Notiziario AIPO

Franco Falcone

Area Cardio-Respiratoria Dipartimento Medico, Ospedale Bellaria-Maggiore,
Via Altura 3 - 40139 Bologna
Tel. 051 6225322 - Fax 051 6225272 - ffalcone@qubisoft.it



Organizzazione per “intensità di cure”: la fine della pneumologia?

Il modello per “intensità di cure”

Molti di noi iniziano a confrontarsi, nelle loro realtà locali, con proposte di organizzazione dei servizi ospedalieri che sono, più o meno esplicitamente, applicative di un modello che distribuisce ogni tipologia di intervento assistenziale sulla base della “intensità di cure” della quale ogni singolo paziente ha bisogno.

Malgrado sia molto difficile reperire letteratura EBM specificamente dedicata a questo modello organizzativo, esplicitato per lo più in documenti locali o di consenso e malgrado le esperienze sul campo siano scarsamente valutabili, è necessario discuterne poiché esso, da un lato, sembra prescindere dall'utilizzo di letti specialistici e perché, dall'altro, viene proposto acriticamente come “la soluzione” dei problemi di appropriatezza, garantendo economie di scopo e di scala nell'impiego delle tecnologie e delle risorse umane.

La logica dei livelli di intensità è infatti quella di concentrare la risposta al bisogno assistenziale, e pertanto il paziente, in aree differenziate per dotazione strutturale e tecnologica.

Questa modalità suddivide il percorso di ricovero del singolo individuo in tre unici momenti e pertanto aree fisiche di intervento, differenziate per intensità di cura:

- il livello intensivo-subintensivo;
- il livello acuti;
- il livello post-acuti.

Quali obiettivi ha il modello per “intensità di cure”?

L'obiettivo primario del modello sembra quello di ridurre i fenomeni di sottoutilizzo delle risorse complesse, genericamente rappresentabili come il permanere del paziente in un'area assistenziale che eroga un livello di cura superiore al suo bisogno, concentrando un'offerta omogenea di livelli assistenziali differenziati in grandi numeri di letti, programmati in modo da rispondere ai singoli problemi dei casi clinici.

Il modello sembra tuttavia introdurre nei setting di assistenza una rigidità organizzativa e strutturale superiore a quella finora generata negli ospedali dalla suddivisione degli interventi in generalisti e specializzati, considerando inoltre che, tra questi ultimi, esistono da tempo aree specializzate di tipo intensivo e semintensivo e, da qualche tempo, aree di post-acuzie.

Esemplificando dalla non poca letteratura che analizza l'appropriatezza dei setting di ricovero ¹, si tende in genere a riconoscere l'inappropriatezza di utilizzo del setting nell'eccesso di utilizzo senza verificare le condizioni di sottoutilizzo ² e trascurando che il metodo apparentemente migliore per limitare il sovrautilizzo di risorse è l'organizzazione per percorsi ³.

Il modello per intensità di cure basicamente non necessita di aree di ricovero specialistico perché la graduazione dell'intervento per complessità del bisogno, tipica della cultura specialistica, nel suo rapporto di contesto e di rete con l'ospedale e l'organizzazione sanitaria, si pensa possa essere riassorbita in ognuno dei tre standard di intensità assistenziale erogabili nelle diverse aree.

Natura dell'assistenza specialistica

La definizione di attività specialistica condurrebbe invece in tutt'altra direzione: *L'attività medica specialistica di organo, apparato, patologia, area, sistema, popolazione, è costituita dal complesso indiviso della conoscenza teorica e tecnico-professionale, relativa a specifici campi del sapere medico-chirurgico generale, acquisita mediante lo studio e l'esperienza, nell'ambito di uno specifico percorso formativo, normativamente individuato, del suo continuo aggiornamento e del suo esercizio per la produzione di atti sanitari identificati come prodotto di quella conoscenza e di quell'expertise, realizzati nell'ambito di un'organizzazione produttiva che li assume come missione della propria attività, in un contesto di promozione della qualità e tutela della sicurezza* ⁴.

Così definita l'attività specialistica appare come una evoluzione del sapere medico-chirurgico generale indirizzata a specifici campi di studio ed esercizio, acquisita in modi specifici e normati.

Il sapere acquisito ed il suo continuo aggiornamento non sono meramente finalizzati a realizzare e ad applicare una particolare competenza ma sono esercitati

come realizzazione di una mission specificamente affidata alla struttura che li eroga, in un contesto di qualità.

L'organizzazione dell'assistenza per "complessità del bisogno"

La definizione di specialità così delineata sottintende che esista una struttura di esercizio della competenza specialistica perché l'organizzazione dell'ospedale elabora e promuove una specifica *mission* e parte di filiera produttiva da affidarle, dal momento che riconosce i prodotti assistenziali di quella competenza come parte della propria mission e filiera produttiva generale.

L'organizzazione degli ospedali e delle sedi di formazione della cultura medica per "complessità di intervento" non è finalizzata alla suddivisione per specialità ma a concentrare cultura e capacità di sviluppo e promozione di singoli prodotti che, oltrepassato un *break even* di densità e complessità di intervento, spontaneamente si autonomizzano in area specialistica o decadono, se cessano i bisogni che hanno promosso quella aggregazione culturale.

L'organizzazione per complessità di intervento ovviamente ricomprende l'organizzazione per intensità ma riconosce l'intensità di cura non solo e non tanto come un'offerta strutturale, con l'eccezione della rianimazione, ma come una gradualità di risposta ad un bisogno assistenziale che, quando è molto complesso, trova risposta in aree di sapere e *competence* che si sono specificamente sviluppate in quel tipo di produzione.

Le aree specialistiche infatti sono sempre state sviluppate in risposta a specifici bisogni ed hanno erogato prodotti assistenziali sempre più complessi, progressivamente migliorati come expertise, esperienze e facilità di erogazione, fino a che il prodotto, divenuto affidabile ed applicabile con minori difficoltà su larga scala, ritorna come standard nell'area generalista.

Organizzazione per "complessità del bisogno" o per "intensità di cure"?

Il modello per "intensità di cure" ostacola il modello per "complessità assistenziale" perché spezza l'unitarietà dell'intervento complesso specialistico (parte del percorso assistenziale) sul singolo paziente in momenti separati fisicamente e organizzativamente nelle aree che erogano i diversi livelli di intensità di cure, costringendo la competenza specialistica ed essere erogata in forma consultiva in sedi diverse e a non avere il controllo clinico del paziente.

Nel modello per "intensità di cure" il gestore della complessità è identificato nelle aree per acuti nell'internista, nelle aree intensive nel rianimatore e nelle aree di post-acuzie negli infermieri.

Questo modello non ostacola l'attività degli specialisti che erogano la loro *competence* in forma di singoli

prodotti del percorso assistenziale (un singolo esame, una singola prestazione), chiusi in se stessi ed erogabili pertanto in forma consultiva ed in aree fisiche di servizio dedicato.

Il modello limita invece grandemente l'efficacia dell'attività degli specialisti che erogano la propria competenza in fasi complesse e successive del percorso assistenziale, ad esempio occupandosi di insufficienza d'organo, che rappresenta un *continuum* di situazioni instabili che richiede un *continuum* di presenza ed un *continuum* di decisioni di management, difficilmente realizzabile con un modello consultivo ed inoltre deprivato della possibilità di miglioramento del prodotto, offerta dalla concentrazione dei casi.

L'eventuale applicazione su larga scala del modello per intensità di cure richiederà che in alcuni generalisti, manager dei vari livelli di intensità, si concentri anche il sapere specialistico, rendendo più difficile quel meccanismo che aveva consentito la promozione di singoli prodotti assistenziali.

Per esemplificare, in campo pneumologico l'idea di affidare agli pneumologi la gestione dell'insufficienza dell'apparato respiratorio non è per nulla scontata, neppure nei grandi ospedali e nelle grandi città. Fuori da questi contesti è ormai impossibile proporre la nascita di unità assistenziali dedicate alle malattie respiratorie e ancor meno unità per assistere l'insufficienza respiratoria.

Ciò accade perché finora non abbiamo sufficientemente affrontato il problema mediante l'approccio dei percorsi assistenziali, o almeno non ci è sembrato necessario, e dall'altro perché chi ha in testa il modello per "intensità di cure" non nega ovviamente i percorsi ma ne spezza la filiera e non l'affida allo specialista in specifiche strutture, ma muove lo specialista tra i livelli assistenziali.

Un vero risparmio nel modello "intensità di cure"?

Questo modello sembra proposto innanzitutto come superamento della realtà o della proposta di aree intensive d'organo che molte specialità, ad ampio impatto epidemiologico, hanno finora sviluppato. Il fatto stesso che, nel modello per intensità di cure, si proponga non solo l'area intensiva ma la si definisca intensivo-subintensiva la dice lunga su uno degli obiettivi primari di questo modello che è l'unificazione delle attività intensive d'organo in un'unica area indistinta.

Non è questa la sede per confrontare l'agibilità di un percorso assistenziale in un'organizzazione nella quale la complessità di elevato livello è affidata allo specialista con quella nella quale la risposta è valutata per intensità, vale a dire per risorse impegnate.

Ovviamente anche lo specialista ha bisogno di risorse per erogare interventi complessi ma utilizza la struttura specialistica per operare la distribuzione interna del livello di intensità. Questo modello evita con molta più facilità la erogazione di livelli di assistenza inappropriati perché il livello di assistenza viene, nella medesima struttura adeguato ai bisogni del paziente ed alla

sua complessità assistenziale e non invece il paziente è adeguato, e cioè trasferito, al livello appropriato, con tutte le rigidità ed i rischi del caso.

I rischi di un modello strutturale e fisico di “intensità di cure” rispetto all’offerta specialistica

Che la scarsa numerosità dei livelli assistenziali previsti dal modello per “intensità di cure” sia un vincolo che predispone ad effetti perversi di permanenza in aree di livello inadeguato, per eccesso o difetto di offerta assistenziale, è dimostrato proprio dalla necessità di accorpare all’area intensiva aree semintensive.

Le aree semintensive sono le tipiche aree di erogazione complessa e non multiorgano che le specialistiche ospedaliere hanno sviluppato per il miglioramento del prodotto, nel campo della insufficienza d’organo. La quasi costante associazione fisica con il reparto specialistico per acuti consente di armonizzare molto bene nella medesima struttura i livelli assistenziali ai bisogni del paziente ed i relativi adeguamenti di intensità assistenziale. Un ovvio sistema interno di vasi comunicanti consente di evitare ogni rigidità.

D’altra parte riconoscere lo specialista come *clinical manager* non solo dei casi complessi ma dell’intero *disease management* di alcune patologie croniche di grande impatto epidemiologico, nell’ambito dell’organizzazione di rete, sembra essere il modo migliore per garantire davvero gli effetti positivi attribuiti ai sistemi di cure integrate ospedale-territorio ⁵.

In effetti la prevalenza di malattie d’organo non è l’eccezione nei nostri ricoverati, anche se il numero di organi compromessi è spesso elevato, ma in genere sotto controllo farmacologico. In verità le *multiorgan failure*, tipiche per l’assistenza rianimatoria, sono molto meno frequenti delle failure d’organo, tipiche per l’assistenza specialistica.

Se, per qualche malaugurato errore di programmazione, si ritenesse di risparmiare il numero di letti dei setting di assistenza “più intensa” si creerebbe un ingorgo di “cure negate” e di inappropriately per difetto di offerta di dimensioni difficilmente modificabili in tempi brevi, data la rigidità di tipo strutturale e organizzativo.

Franco Falcone

Bibliografia

- 1 Cost J, Peters TJ, Inglis A. *Factors associated with inappropriate emergency hospital admission in the UK*. Int J Qual Health Care 1996;8:31-9.
- 2 Trerise B, Dodek P, Leung A, Spinelli JJ. *Underutilization of acute care settings in a tertiary care hospital*. Int J Qual Health Care 2001;13:27-32.
- 3 Gregor C, Pope S, Werry D, Dodek P. *Reduced length of stay and improved appropriateness of care with a clinical path for total knee or hip arthroplasty*. Jt Comm J Qual Improv 1996;22:617-27.
- 4 Falcone F. *Il profilo professionale dello pneumologo*. Notiziario 2/2003.
- 5 Ouwens M, Wollersheim H, Hermens R, Hulscer M, Grol R. *Integrated care programmes for chronically ill patients: a review of systematic reviews*. Int J Qual Health Care 2005;17:141-6.



Fiume Ofanto. Aprile 279 a.C.
Pirro a Cinea: “Se otterremo ancora una vittoria sui Romani saremo perduti”.