

ALCUNE RIFLESSIONI SULL'OSPEDALE ORGANIZZATO PER INTENSITÀ DI CURE

Marcello Amato

Dipartimento di Medicina e U.O. di Nefrologia, Azienda USL 4, Prato

La legge regionale 40 del 2005 approvata dalla regione Toscana ha proposto con forza nella modulazione della risposta da offrire al cittadino che si rivolga al SSN il modello di ospedale organizzato per intensità di cure, cui non sono peraltro estranee le soluzioni logistiche che ispirano i nosocomi recentemente costruiti o in fase di completamento. Nei fatti queste strutture mostrano un layout basato sulla distinzione dei livelli di assistenza in alta e media, affidando a soluzioni territoriali ad hoc identificate la prosecuzione delle cure per i pazienti che hanno superato la fase di acuzie. Si realizza, così, una sorta di rivoluzione copernicana che, nata da rilevanti modificazioni sociali e demografiche e dall'evidente modifica del quadro epidemiologico, si incentra sul paziente-utente con le proprie legittime e diverse aspettative di fronte ai servizi offerti.

Questo sostanziale cambiamento non è, naturalmente, privo di difficoltà che sono derivate sia dalle perplessità che nascono dall'idea (non del tutto peregrina) che l'economicità nel senso più ampio sia il "main driver" del modello proposto, sia da una forma di resistenza al cambiamento a cui la classe medica non è estranea. Si sottolinea, in tal senso, come sia impraticabile la figura dell'infermiere per "ogni stagione" laddove sempre più peculiari diventano le caratteristiche di assistenza cui ciascuna specialità è dedita e dall'altro lato che, nel superamento delle divisioni tra reparti diversi (tutti ospitati in due corsie distinte per livelli di instabilità clinica e conseguentemente di assistenza), si corra il rischio di rendere impersonale la figura del medico cui il paziente affida la tutela della propria salute.

Un sistema volto a garanzia del paziente-utente cui il concetto di "clinical governante" fa costantemente riferimento è rappresentato dalla stesura dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

La realizzazione di tali percorsi, cui concorrono

tutte le figure professionali coinvolte nella cura del paziente, consiste nell'identificare la sequenza dei diversi atti diagnostico-terapeutici da effettuare per raggiungere obiettivi di salute, definiti a priori e dunque compatibili con le risorse date, ricercando i massimi livelli possibili di efficienza ed efficacia e allo stesso tempo minimizzando le problematiche legate al rischio clinico.

A ben vedere tale metodo di lavoro si adatta assai bene alle modificazioni di organizzazione spazio-temporale che il modello di ospedale per intensità di cura andrà a proporre. Sparite, così, le mura "amiche" delle unità operative fisicamente delineate, sarà compito dei professionisti porre in essere quelle strategie volte al miglioramento continuo delle prestazioni offerte di cui l'azienda palesemente si dichiara responsabile e che si traducono classicamente nella definizione di clinical governance.

Nel rimaneggiamento culturale che la nuova prospettiva di assistenza ospedaliera impone, lo strumento del PDTA servirebbe così a favorire l'integrazione tra operatori, a ridurre la variabilità clinica, a contribuire alla diffusione della medicina basata sulle evidenze, a utilizzare nella maniera più congrua le risorse e, non ultimo, a valutare le prestazioni erogate mediante indicatori predefiniti.

Come si colloca il nefrologo in questo mutamento di scenario? Diciamo subito che specialista trasversale e abituato a confrontarsi con ogni tipo di patologia e paziente, scarsa difficoltà incontra il clinico nefrologo a uscire dalla propria sede storica per incontrare le esigenze che vengono proposte da pazienti con condizioni di varia comorbidità nelle quali, non fosse altro che per la crescita vertiginosa dell'età media, la malattia del rene occupa un non trascurabile ruolo. Ed è forse anche per la duttilità operativa e l'abitudine allo scambio culturale che alla figura del ne-

frologo è spesso affidato il compito di responsabile di dipartimento o altrimenti definita area funzionale che, comprendendo le varie specialità mediche e tenuto conto dei bisogni diversi espressi dalle figure professionali e dalla società nelle sue varie componenti, sia capace di affrontare le sfide che i tempi e le circostanze inevitabilmente stanno proponendo.

È opinione di chi scrive che il modello di ospedale qui succintamente accennato costituisca un banco di prova molto arduo per una professione di protagonisti spesso solitari il cui ruolo taluni medici pensano di interpretare. È tempo dunque di abbandonare tale

idea e di affidarsi alla più diffusa delle condivisioni; dell'uso di questo metodo i nefrologi hanno da sempre dato ampia testimonianza.

Indirizzo degli Autori:

Prof. Marcello Amato
Dipartimento di Medicina e U.O. di Nefrologia
Azienda USL 4, Prato
Piazza Ospedale 5
59100 Prato
e-mail: mamato@usl4.toscana.it