

## **Sviluppi dell'integrazione infermieristica tra ospedale e territorio**

Aldo Dott. Colonello, Dirigente Infermieristico, u.o. Servizio Infermieristico dell'AOTS.

Non è mia intenzione riportare alla Vostra attenzione concetti già espressi in maniera altamente qualificata da chi mi ha preceduto. E' mia intenzione analizzare con Voi cosa è successo dal punto di vista infermieristico, quale enorme rivoluzione abbia comportato la costruzione di un percorso di integrazione infermieristica tra ospedale e territorio.

E' normale che, all'inizio di questa nuova avventura, si siano manifestati dubbi, incertezze e qualche perplessità sul lavoro da svolgere, sul suo risultato finale, sulla necessità di imparare ed acquisire nuovi strumenti e soprattutto applicarli al proprio ambito; gli infermieri sono presi dalla quotidiana realtà lavorativa, a volte pesante. Spesso si sentono demotivati e poco considerati, avendo di frequente contribuito ad indagini, lavori statistici, costruzione di protocolli e chi più ne ha più ne metta, magari senza veder premiati i loro sforzi, perché virtualmente tutto è possibile ma la realtà quotidiana è molto diversa.

Quest'atteggiamento è andato mutando man mano che le varie tappe del nostro percorso venivano superate e concluse, in quanto già in itinere emergevano alcune situazioni che l'infermiere percepiva ma che forse non riusciva a concretizzare.

Ci sono riflessioni e considerazioni comuni che emergono indipendentemente dall'unità operativa d'appartenenza, o meglio, infermieri che lavorano in reparti completamente dissimili notano le stesse cose. Questa relazione che state ascoltando nasce da un confronto tra due realtà quali l'ospedaliera e la territoriale, le quali vivono nella stessa città ma che sviluppano la propria filosofia su bisogni sostanzialmente diversi, nel senso che l'ospedale va a rispondere ad un bisogno caratterizzato dall'immediatezza, dall'urgenza, e il territorio risponde ad un bisogno temporale. Queste due realtà che sino ad ieri sembravano non coniugabili, oggi per la volontà di tutti noi, hanno trovato un mix che le ha coniugate, giacché tutte e due si sono poste come obiettivo il paziente, interpretandolo con una chiave di lettura tipicamente olistica.

Per fare questo si è dovuto ristudiare, rianalizzare il percorso assistenziale del paziente, che, come si è avuto modo di sentire, non solo in quest'aula ma anche in altre sedi, rientra nella logica della gestione per processi applicata alle organizzazioni sanitarie. In quanto tale, pertanto, esso si propone, dal punto di vista meramente gestionale, di:

- Focalizzare l'attenzione della gestione su l'output specifico dell'organizzazione sanitaria (la gestione di un problema di salute) e sulle modalità con le quali esso viene generato piuttosto che, come tradizionalmente avviene, considerando complessivamente gli output (eterogenei e parziali) di un'articolazione organizzativa (dipartimento, unità operativa o centro di costo)
- Ridisegnare il sistema delle responsabilità aziendali. La gestione per processi, infatti, offre la possibilità di identificare responsabilità di processo o di segmento dello stesso in alternativa o congiuntamente alle tradizionali responsabilità di struttura

La possibilità, sempre attraverso l'introduzione della gestione per processi, di garantire la produzione di servizi in grado di soddisfare meglio le esigenze del paziente deriva, invece dai seguenti fattori:

- La capacità di osservare la struttura sanitaria in un'ottica di tipo trasversale, travalicando le tradizionali barriere poste dagli assetti organizzativi ed istituzionali, recuperando ad unitarietà i contributi forniti da soggetti diversi (unità operative ospedaliere e territoriali) al fine di migliorare i livelli d'integrazione tra gli stessi e lo sviluppo di sistematici momenti di confronto per, in estrema sintesi, garantire il miglior risultato possibile al paziente in una logica di continuità delle cure

- L'avvio, attraverso il puntuale monitoraggio dei processi gestiti, dal cosiddetto ciclo di miglioramento continuo dei risultati. Questi ultimi, ovviamente, non possono più essere valutati, in coerenza con quanto affermato nel punto precedente, limitatamente al pur fondamentale aspetto economico, misurabili in termini di capacità di ridurre i costi sostenuti, ma devono essere necessariamente estesi ad aspetti legati alle caratteristiche organizzative del processo gestito (per esempio: durata complessiva e per segmenti di processo, grado di frammentazione del processo e via dicendo) e, soprattutto, sanitarie dell'output

L'avvio del ciclo di miglioramento continuo, attraverso lo strumento del percorso del paziente, si basa sul confronto sistematico tra i percorsi effettivamente gestiti (effettivi o reali) e un parametro di riferimento articolato, a sua volta, nella forma di percorso.

Tale modello prende avvio dalla rilevazione delle azioni, attività e prestazioni prodotte da strutture sanitarie, territoriali e ospedaliere, rispetto ad uno specifico paziente al fine di operare un confronto, non necessariamente sul singolo caso trattato, tra percorsi effettivi e percorso di riferimento.

Differenze tra percorsi effettivi e di riferimento sono, entro determinati limiti, assolutamente fisiologiche. Esse, infatti, possono essere generate in prima analisi dalle caratteristiche specifiche del paziente che inevitabilmente rendono ogni processo produttivo sanitario una singolarità, e in secondo luogo dalle mutevoli condizioni operative e organizzative nelle quali ciascun soggetto erogatore (territoriale od ospedaliero) si trova ad operare.

Gli scostamenti registrati, negativi e positivi, contribuiscono all'affinamento progressivo (progettazione di ramificazioni di un percorso base) e all'evoluzione del percorso di riferimento (individuazione di nuovi percorsi di riferimento in grado di generare risultati migliorativi rispetto a quello originale). Le evidenze generate dall'analisi dei percorsi effettivi possono determinare un ripensamento di quello di riferimento suggerendo:

- L'introduzione di nuove attività
- L'eliminazione di attività che non generano valore (non in senso strettamente economico)
- La modificazione della sistemazione temporale di un'attività
- La modificazione delle responsabilità nella gestione ed erogazione di talune attività (per esempio dall'ospedale al territorio)

In situazioni di forte negatività, a fronte della comparazione tra percorsi effettivi e di riferimento, è possibile intervenire sui comportamenti del sistema e/o sulle modalità complessive di gestione del percorso, ma, in nessun caso, lo strumento percorsi ha la finalità di agire su comportamenti individuali. Esso, infatti, si configura come strumento che propone parametri (o standard) sui quali focalizzare l'attenzione per avviare momenti di confronto e di audit e non ha, di per se, carattere prescrittivo.

Sulla base di tali considerazioni e del modello del ciclo di miglioramento continuo proposto ne discendono le definizioni relative al percorso effettivo e di riferimento.

Per **percorso effettivo** s'intende l'iter concretamente seguito dall'organizzazione per dare risposta al problema di salute di un singolo paziente.

Per **percorso di riferimento** si intende, invece, la migliore sequenza temporale e spaziale possibile sulla base delle conoscenze tecnico - scientifiche e delle risorse organizzative, professionali e tecnologiche a disposizione, delle attività da svolgere per risolvere i problemi di salute di una "tipologia" di pazienti.

Dalle definizioni ora suggerite e dal modello che vi stiamo presentando possiamo dedurre, o meglio, attribuire al percorso di riferimento le seguenti caratteristiche:

- Non è costruito in modo ideale
- Ha una forte connotazione organizzativa
- E' oggetto continuo di valutazione e aggiornamento

**Conclusioni:**

Quanto detto, per chi ascolta con superficialità, potrebbe intendere che la relazione non abbia centrato la tematica del percorso del paziente all'interno delle strutture. Il percorso del paziente è uno strumento che, sebbene inserito in un'orchestra con suonatori professionisti e capaci, diretti da un amabile maestro, non potrà che dare solo soddisfazioni e questo sarà il risultato finale. Risulta evidente che solo ed unicamente attraverso una codificazione precisa dei percorsi all'interno della struttura ospedaliera e nelle strutture del territorio l'operatore potrà offrire risposte adeguate e competenti. E' quindi necessario che si vada ulteriormente a precisare questo processo, che a sua volta, renderà assai più facile l'integrazione infermieristica tra ospedale e territorio.