

VI SESSIONE

ASSISTENZA EXTRAOSPEDALIERA

Moderatori: V. Carreri (Milano), P. Marinelli (Napoli)

6th SESSION

OUT-OF-HOSPITAL ASSISTANCE

Moderators: V. Carreri (Milano), P. Marinelli (Napoli)

Complessità dei percorsi tra ospedale e territorio

G. Romano*, S. Tardivo*, D. Pascu**

Parole chiave: Assistenza integrata, complessità, appropriatezza

Key words: Health-care network, complexity, appropriateness

Summary

Complexity of clinical pathways between hospital and territory

The complex sanitary system management and the health-care processes management require a systemic approach, consistent with and set to their kind. Besides the complexity in the background, in the context, of the actors and of the roles outlining the health-social care profile, postulate tools and methodologies for organizing, for valuing, for governing, in concurring with multidimensionality, multidisciplinary and interprofessionality. In connection with this there are especially two elements that are meaningful regarding a systemic approach to the health care pathways and processes in a variable, discretionary, uncertain system: the health care network (hospital, territory, house) and the clinical and management appropriateness. Starting from this essential requirements this work develops the valuation and management theme of the complexity in health care processes and pathways, especially regarding to the ICPA (medical practice related infections) situation.

Parlare di complessità dei percorsi assistenziali integrati (tra ospedale, territorio e domicilio) equivale a fare “un viaggio” in una rete di sistemi complessi i cui nodi, fortemente correlati, rappresentano altrettante tappe intermedie per arrivare alla destinazione finale: comprendere le relazioni non lineari tra bisogni e modelli assistenziali, variabilità, discrezionalità, incertezza ed appropriatezza nella complessità dei contesti del Sistema sanitario.

La relazione tratterà quindi della Sanità e dell’assistenza sanitaria oggi, dell’appropriatezza, e del come scegliere nel semplice, nel complicato e nel complesso, per poi

approfondire la complessità dei percorsi, delle reti e dei contesti del Sistema Sanitario, nell’ottica dell’integrazione ospedale-territorio-domicilio, dei vincoli e delle opportunità ad essi legati, per arrivare a trarre alcune conclusioni, se possibile utili per una migliore e più coerente organizzazione e gestione dei percorsi assistenziali stessi.

Come in ogni viaggio, anche in questo è opportuno identificare un punto di riferimento sull’orizzonte: lo specifico contesto suggerisce il riferimento a “Complessità e modelli di valutazione della gestione del rischio: il caso delle Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali (ICPA)”.

* Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Verona

** Direzione medica, Polo Ospedaliero dell’Est-Veronese, Azienda ULSS 20 Verona

Premessa

Per tutti i Paesi europei, gli anni attorno al passaggio dal secondo al terzo millennio hanno rappresentato un momento critico di revisione organizzativa di tutti i Sistemi sociali ed economici, e da tale processo non si è sottratto il Sistema Sanitario. In particolare, in Italia i nodi fondamentali della riforma sanitaria sono riconoscibili nell'aziendalizzazione, nella multidimensionalità dell'assistenza, nell'integrazione dell'assistenza sociale e sanitaria e delle funzioni contigue, nell'organizzazione del lavoro per modelli professionali, nella valutazione continua della qualità delle prestazioni, nella trasparenza e visibilità dei servizi verso gli utenti, nella loro informazione ed educazione e nella centralità degli assistiti. Nel nostro Paese, il Sistema sanitario – per sua natura complesso ed adattativo – è stato oggetto di un processo di evoluzione da un modello di *complessità caotica* – variamente definito nelle sue dimensioni dal maggiore o minore livello di differenziazione delle (molte) parti e loro integrazione – verso scenari diversi di *complessità organizzata* a più o meno

alta differenziazione ed integrazione delle (moltissime) parti legate da relazioni prevalentemente *non* lineari.

In tale scenario interagiscono, in modo diverso ed in maniera non sincrona, elementi generali e di specifica pertinenza del Sistema Sanità, sottoponendo tutti i contesti a processi autoadattativi (1, 2):

- lo sviluppo delle tecnologie
- la disponibilità delle risorse
- le professionalità sanitarie
- il profilo epidemiologico della popolazione
 - la sociologia della salute
 - i vecchi e nuovi bisogni socio sanitari individuali, comunitari e collettivi
 - la continua evoluzione della domanda e dell'offerta di servizi
 - la trasformazione dei parametri di valutazione della qualità
 - i cambiamenti nella disponibilità ad impegnare risorse individuali.

La loro complessità esige pertanto una revisione multidimensionale continua dei problemi (tecnici, assistenziali, organizzativi; semplici, complicati, complessi) (Tabella 1) in grado di garantire, quando necessario, un adeguato approccio di tipo analitico o

Tabella 1 - Tipologia e caratteristiche dei problemi: semplici, complicati, complessi (Da 2, modificato)

Caratteristiche	Tipologia dei problemi		
	Semplice	Complicato	Complesso
Variabili	Poche, definite	Molte, definite per specifico ambito	Moltissime, anche indefinite
Relazioni	Poche, lineari	Molte, per lo più lineari	Moltissime, dirette ed indirette, non lineari
Regole	Definite	Definite per ambito	Autodefinite dal sistema
Esperienza	Non strettamente necessaria	Necessaria negli specifici ambiti	Utile quella di sistema, ma non sufficiente
Esito	Prevedibile con elevata probabilità	Prevedibile per ambito, soprattutto nei punti critici	Poco prevedibile sia per dinamiche che per risultato
Discrezionalità	Praticamente assente	Marginale	Alta
Contesto	Lineare	Articolato ed intricato	Adattativo

Tabella 2 - Strumenti gestionali per l'approccio ai problemi (Da 2, modificato)

Strumenti di gestione	Tipologia dei problemi		
	Semplice	Complicato	Complesso
Visione	unidirezionale, monodimensionale	multidirezionale	multidimensionale
Sapere	specifico	diversi, specifici e coordinati	condiviso
Responsabilità	accentrata	distribuita e specifica	distribuita, coordinata e condivisa
Approccio	analitico mirato	analitico integrato	sistemico

sistemico ed in particolare l'applicazione appropriata di strumenti valutativi basati su nuovi paradigmi (Tabella 2).

La Sanità e l'assistenza socio sanitaria oggi

Volendo definire i principali determinanti che delineano oggi il profilo dell'assistenza socio sanitaria occorre preliminarmente considerarne la consequenzialità e l'interdipendenza.

Essi infatti fanno parte di un sistema complesso altamente relazionale e adattativo in cui ogni determinante interferisce con ognuno degli altri così da creare una vera e propria maglia in cui azioni e retroazioni reciproche causano un continuo adattamento del sistema alle minime modificazioni di ogni elemento.

Il primo determinante del sistema è il *forte grado di autonomia dei componenti* dello stesso (unità organizzative e singoli professionisti).

Su di esso diversi elementi sono in grado di interferire caratterizzandone il profilo quali-quantitativo: i livelli di competenza, il grado di responsabilità sulla gestione dei problemi, il possesso o meno delle tecnologie (disponibilità e capacità di utilizzo), la quantità di risorse assegnate (finanziarie,

umane, strutturali...), i modelli organizzativi del lavoro (tecnici, professionali, misti), i modelli organizzativi delle reti (integrazione, disponibilità dei diversi moduli, trasversalità di funzioni) ed i conseguenti modelli di percorsi assistenziali, infine i profili e la struttura dei percorsi formativi/educativi di base, specialistici e permanenti.

Fortemente condizionato dal primo, il secondo determinante – *la libertà di azione e l'interdipendenza dei componenti* – esprimono in modo perfetto il principio dialogico della complessità: la dualità è in seno all'unità, in essa si associano due termini complementari ed insieme antagonisti e necessari.

È infatti un apparente paradosso che alla libertà di azione si associ un pari livello di interdipendenza dei diversi elementi del sistema che non si esauriscono a livello delle unità organizzative ma che riguardano anche i *comportamenti dei singoli professionisti*: il terzo determinante.

Libertà di azione ed interdipendenza trovano elementi di definizione nelle caratteristiche proprie dell'approccio sistemico nei sistemi complessi: sviluppo di un sapere condiviso (consapevolezza reciproca dei diversi punti di vista sullo stesso problema), elevato livello di specializzazione con conseguenti aree di contiguità e necessità di coordinamento tra esse, processo volto alla gestione dei problemi nelle logiche

della multidimensionalità, della multidisciplinarietà e della interprofessionalità. Sul determinante relativo al *comportamento dei singoli professionisti* interferiscono fattori assai diversi, non solo di tipo professionale, ma anche fortemente legati ai diversi contesti sociali: le esperienze individuali del professionista vissute nei percorsi di formazione di base e continua ma anche (soprattutto?) sul campo, le caratteristiche intrinseche della persona, la professione e le dimensioni della professionalità (tecnica, scientifica, organizzativa).

Un determinante di fondamentale rilievo è rappresentato dall'*evoluzione* (qualità/quantità) dei *bisogni assistenziali* in tutte le loro forme (privati, pubblici, meritori di tutela, individuali, collettivi) e nelle loro diverse tipologie (sociali, sanitari, psicologici, ambientali, impliciti, espliciti).

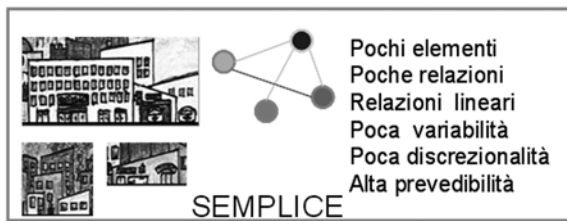
Variabilità ed incertezza, sono infine gli ultimi determinanti che, in dipendenza degli altri, interagendo tra loro definiscono l'elevata adattatività del Sistema Sanitario. La prima corrisponde alla possibilità di più soluzioni, percorsi e comportamenti professionali di fronte ad uno stesso problema, paziente, o patologia (con conseguenti diversi effetti); la variabilità è a sua volta relativa allo scenario (differenti sistemi sanitari), ai contesti (sociali, epidemiologici, professionali etc), alle patologie ed ai bisogni assistenziali, al paziente, alla domanda generata dall'interagire dei bisogni e del paziente, alle risorse disponibili in ogni loro forma, agli strumenti di comunicazione e ad altro ancora.

La seconda, l'incertezza, nonostante lo sviluppo delle conoscenze e degli strumenti di valutazione riguarda ancora numerosi e non irrilevanti ambiti biologici, clinici ed assistenziali; essa riguarda le alternative possibili nelle scelte di soluzioni, i risultati, i costi, i benefici, l'utilità, il rapporto rischio-efficacia, l'accessibilità/fruibilità/coerenza al contesto delle diverse alternative ed infine la loro "riproducibilità" nello

specifico scenario e nei diversi contesti di esso. Tutti i *determinanti* fin qui analizzati, nel loro diverso interagire, collocano le problematiche assistenziali socio sanitarie nell'area della complessità se analizzate con lo strumento della matrice accordo-certezza di Stacey (2); in particolare, la variabilità e l'incertezza, correlandosi in misura e con rapporti assai mutevoli fra loro, definiscono livelli anche molto diversi di complessità che richiedono approcci gestionali altrettanto diversificati.

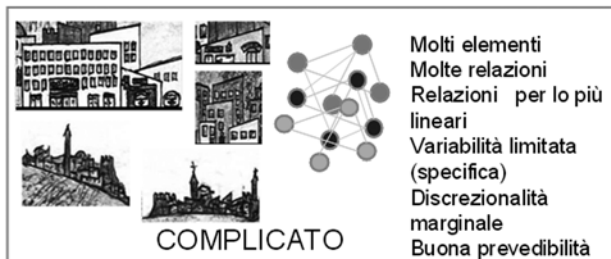
L'appropriatezza: come scegliere nei sistemi semplici, complicati e complessi

Siamo dunque di fronte da un lato a tre diversi *modelli* di problemi (casi, situazioni, ...) che si possono presentare, anche tra loro articolati, nei sistemi sanitari: semplici, complicati, complessi; d'altra parte negli stessi sistemi, autonomia, libertà di azione/interdipendenza, comportamenti, evoluzione dei bisogni, variabilità ed incertezza rappresentano l'insieme dei *fattori* che interferiscono con i tre modelli facendo sì che nei processi adattativi ciò che è semplice possa diventare complesso (e viceversa) e ciò che è complicato possa tendere agli altri due modelli. Interfacendo *modelli* e *fattori* si ottengono i tre profili di sistema sanitario riportati nelle figure 1, 2 e 3. Sistemi in cui la prevalenza dei modelli di problemi e di organizzazioni tende alla semplicità si stabilizzano su una condizione di relativa *semplicità organizzativa* (poche componenti, differenziate con poche relazioni, per lo più lineari, ma con alto livello di integrazione) che ricordano assai da vicino i vecchi sistemi sanitari pre riforma (*ante* L. 833/78); sistemi che tendono alla complessità ma ancora prevalentemente dominati da modelli ed organizzazioni complicati si orientano tendenzialmente su condizioni di *semplicità caotica* in cui la differenziazione dei componenti cresce ma



Sistema caratterizzato da semplicità organizzativa: scarsa differenziazione ed alta integrazione A. ANALITICO

Fig. 1 - Relazione tra tipologia prevalente di modelli e sistema che li esprime: semplicità organizzativa.

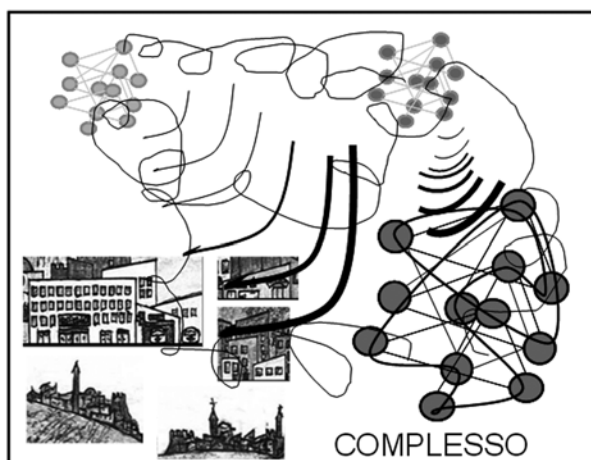


Sistema caratterizzato da

Semplicità caotica: oggettiva differenziazione ma indifferenziazione forzata da aggregazioni "omologhe" ed assenza di integrazione
Se non coerentemente gestito, tende alla

Complessità caotica: Alta differenziazione su "spinte di deriva" ma bassa integrazione

Fig. 2 - Relazione tra tipologia prevalente di modelli e sistema che li esprime: semplicità caotica e complessità caotica.



Moltissimi elementi, anche non ben definiti
Moltissime relazioni, per lo più non lineari
Variabilità elevata, anche definita dal sistema
Elevata discrezionalità
Imprevedibilità

Sistema caratterizzato da

Complessità organizzativa: elevata differenziazione ed alta integrazione A. SISTEMICO

Fig. 3. Relazione tra tipologia prevalente di modelli e sistema che li esprime: complessità organizzativa.

è esposta a forze che ne limitano o condizionano l'evoluzione verso la *complessità organizzativa* (implicita ai sistemi complessi: molte componenti, altamente differenziate, con molte relazioni, prevalentemente non lineari, e con alto livello di integrazione) con il rischio, invece, di una tendenza incoerente verso la *complessità caotica* (più componenti, altamente differenziate con diverse relazioni, per lo più lineari, ma con basso livello di integrazione). Un percorso che richiama la transizione attraverso il periodo tra i primi anni del riordino del Sistema Sanitario e fino ai più recenti aggiustamenti (per molti versi ancora in atto) che finalmente (ma con alcuni ostacoli) sembrano portare verso l'approdo ad un Servizio Sanitario coerente con il modello della complessità che ne sta alla base.

In tale scenario di elevata complessità in cui contesti diversi e differenti ambiti assistenziali si confrontano con bisogni sempre maggiori e multidimensionali, due strumenti gestionali ed organizzativi sembrano particolarmente coerenti ed efficaci: l'*appropriatezza* e le *reti dell'assistenza integrata*, soprattutto nelle loro più compiute applicazioni ai percorsi assistenziali integrati. Entrambi rispecchiano in modo perfetto il modello della complessità e rispondono in modo assoluto ai suoi principi: *dialogico*, *ricorsivo*, *ologrammatico*. L'*appropriatezza* non è una dimensione della qualità in Sanità, essa, soprattutto nella sua accezione più completa di appropriatezza clinica ed organizzativa è la qualità: ricomprende le dimensioni dell'efficacia, dell'efficienza, della sicurezza, della tempestività, della accessibilità, della fruibilità ed utilità. È la risposta multidimensionale alla gestione dei sistemi complessi sanitari e vede in ogni momento la centralità della persona (cittadino, paziente, operatore, ...). Si pone come baricentro tra bisogni, domanda ed offerta ma anche fra tecnologie, professioni ed organizzazione ed infine è l'elemento di controllo intorno a cui

ruotano variabilità, discrezionalità (libertà d'azione) ed incertezza.

Il *principio dialogico* è perfettamente applicabile alla natura dell'appropriatezza vista come vincolo-opportunità; ovvero l'appropriatezza come difficoltà semplificante. Pensiamo alla *variabilità* delle scelte possibili di approccio alla gestione di un'organizzazione, ad un problema assistenziale o più semplicemente ad una procedura: la consapevolezza del dubbio e dell'incertezza dei loro effetti su tutte le dimensioni della qualità da parte degli operatori può generare insicurezza e rappresentare così un vincolo nelle attività. Una visione in negativo dell'appropriatezza può indurre timori, ostacoli al cambiamento, rigidità o minimalizzazione degli approcci, fino alla deroga alla gestione dei problemi o loro delega incoerente. Ma se l'approccio è positivo e proattivo, alla ricerca della massima *certezza* ed al massimo potenziale di *accordo*, la variabilità e l'appropriatezza non saranno più un vincolo ma l'opportunità di migliorare la qualità del servizio in quanto verranno attentamente valutate e gestite, creando le basi per la realizzazione di un processo di analisi integrata, con l'apporto corale di saperi differenziati ma armonici ed una visione multidimensionale, nell'ottica della condivisione delle scelte su tre piani: sociale, ossia dei valori, strategico (il pensiero) ed organizzativo, che si realizza nella gestione del gruppo e delle reti.

Anche il *principio di ricorso di organizzazione* può essere agevolmente e concretamente contestualizzato all'ambito sanitario e gli esempi potrebbero essere tanti ma, restando nel campo dell'appropriatezza, si pensi alle relazioni tra *bisogni*, *domanda* ed *offerta*: le reciproche relazioni di causa-effetto che regolano i rapporti fra i tre elementi base della programmazione in Sanità si inseguono in cicliche ed adattative dinamiche in cui non è sempre facile stabilire connessioni chiare (mai,

comunque, lineari); così, può essere assolutamente incoerente pretendere di gestire il complesso sistema della qualità dell'assistenza valutando l'appropriatezza (clinica od organizzativa) dell'offerta rispetto alla domanda se prima non si è approfondito il livello di appropriatezza della domanda rispetto al bisogno. Di fatto riconducendo opportunamente al bisogno la natura di oggetto dell'offerta. Pensiamo, ancora, alla variabilità ed all'appropriatezza nell'ambito del rapporto fra *tecnologie*, *professioni* ed *organizzazione*: qui è talmente forte e significativo il ruolo della ricorsività delle relazioni di causa ed effetto che è, alla fine, possibile agire sulle une o sull'altra per favorire il cambiamento di tutte. Una modifica delle tecnologie porterà necessariamente ad un processo adattativo (di autoapprendimento organizzativo) delle professioni e, quindi, dell'organizzazione. Si può agire, invece, sull'organizzazione per rendere necessaria ed inevitabile la *deriva* del cambiamento dei professionisti e da questo delle tecnologie. Infine, anche le professioni che evolvono chiederanno nuovi modelli organizzativi e tecnologici. Ciò che sarà in grado di definire uno o più di tali percorsi sarà il *contesto*. Dove però il principio di ricorso di organizzazione rivela una straordinaria potenza è nel rapporto *variabilità*, *discrezionalità* ed *accordo/certezza*: l'appropriatezza ne rappresenta infatti il baricentro ed il motore. La variabilità sottende l'aumento dei gradi di discrezionalità e questa definisce la complessità degli equilibri tra accordo e certezza, mentre a loro volta questi ultimi, se coerentemente bilanciati, possono condizionare e delimitare la variabilità entro i limiti accettabili di certezze condivise. Solo la ricerca della massima appropriatezza possibile può favorire un corretto approccio valutativo alla variabilità, una adeguata analisi delle alternative decisionali potenzialmente adottabili ed indicare una via con pochi elementi di discrezionalità

probabilmente efficace, efficiente, sicura, tempestiva, di livello assistenziale coerente con la natura dei bisogni.

Anche il *principio ologrammatico*, che nelle organizzazioni sottende il concetto gestionale della condivisione, può essere spiegato in modo assai concreto nell'ambito dei rapporti fra organizzazione, variabilità ed appropriatezza e quello che segue è il percorso logico:

- la qualità dell'organizzazione si valuta sulla capacità di prevedere, misurare e controllare la **variabilità**

- la variabilità che si materializza sotto forma di **incertezza** è l'immagine ologrammatica di tale capacità e quindi dell'organizzazione

- l'impegno nell'analizzare il rapporto tra certezza ed accordo (matrice di Stacey) e tra prevedibilità del risultato e numero di alternative (matrice di Olson) per migliorare l'approccio alle scelte (**appropriatezza**) è la proiezione della **cultura dell'organizzazione**

- l'organizzazione è la sua cultura
- l'organizzazione è il suo approccio all'appropriatezza
- l'organizzazione è il suo approccio alla variabilità.

L'integrazione dell'assistenza, ancora spesso minimalisticamente definita come processo di progressiva deospedalizzazione, è in realtà la definizione di servizi assistenziali complementari, alternativi e capaci di orientare l'offerta in rapporto ai bisogni effettivi dell'assistito ed in grado di organizzare le proprie funzioni in relazione al variare della domanda (1, 2, 3, 4). La rete dei servizi dell'Assistenza integrata, pur nell'ambito di una certa variabilità propria dei diversi contesti regionali, è caratterizzata da alcuni nodi fondamentali: l'Ospedale per acuti, ad elevata complessità assistenziale, di base, specialistico, di Comunità; le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), ad alta, media e bassa intensità delle

cure; gli Ospedali per la riabilitazione polifunzionale; l'Hospice; le Case di riposo; i Poliambulatori, gli Ambulatori integrati (AMID) ed il Day Service, le strutture di assistenza e consulenza territoriali; l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), riabilitativa, infermieristica, programmata, con o senza intervento sociale; l'Assistenza ospedaliera a domicilio e la riabilitazione intensiva domiciliare; la Medicina generale e le UTAP; la Specialistica esterna. Gli Attori di tale sistema sono tanti quante le competenze richieste dalla sua complessità: i Medici di famiglia e specialisti esterni, la Collettività, le Professioni sanitarie nei diversi moduli assistenziali, i Comuni, i Sistemi di continuità delle cure, il Volontariato, le Aziende collaboranti, le Conferenze di servizio, i Dipartimenti inter-aziendali, i Consorzi pubblico-privato. Numerosi, seppure diversamente sviluppati, i contesti applicativi: materno-infantile, età evolutiva; anziani; emergenza-urgenza; salute mentale-psichiatria; disabilità-handicap; oncologia, cure palliative; tossicodipendenze, alcoolismo; patologie croniche. All'interno della rete di servizi, i percorsi assistenziali sono definiti con strumenti di valutazione multidimensionale del profilo e dei bisogni della persona: schede per l'analisi multifattoriale ed Unità di valutazione multidisciplinare, generalmente in ambito distrettuale,

“leggono” in modo integrato e periodico le necessità assistenziali individuali contestualizzandole anche alla Comunità cui la persona appartiene. Adeguati strumenti di valutazione dell'appropriatezza delle prestazioni, specificamente creati per ogni diverso modulo assistenziale, attraverso l'uso di modelli teorici ed applicativi comparano la risposta assistenziale reale con quella teoricamente più efficace, efficiente ed adeguata, allo scopo di orientare il servizio alla migliore relazione possibile tra bisogni ed offerta. Opportunamente dimensionata ed organizzata in modo coerente a bisogni e risorse, la rete dell'Assistenza integrata è in grado: di contribuire significativamente alla riduzione dei ricoveri impropri, con conseguente miglioramento dell'efficienza globale del sistema; di favorire l'accessibilità, la fruibilità e l'adeguatezza delle prestazioni, distribuendo in modo appropriato i servizi nel territorio; di razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane, creando soddisfazione degli operatori; di valorizzare l'analisi dei bisogni, con conseguente potenziamento della soddisfazione degli utenti (Fig. 4).

A fronte di tali opportunità, non mancano tuttavia importanti vincoli organizzativi e gestionali. Si impone cioè, di fronte ad un sistema di strumenti assistenziali distribuiti ed articolati, un approccio che sia prevalentemente orientato alla complessità,



Fig. 4 - Attori, principi, effetti e strumenti delle reti dell'assistenza integrata (Da 1, modificato).

all'interdisciplinarietà, alla completezza ed all'auto-organizzazione del sistema, alla oggettiva difficoltà di pianificare, agli strumenti di integrazione. La rete dell'Assistenza integrata è destinata a fallire se non è garantita la completa e coordinata funzionalità di tutti i moduli assistenziali: l'assenza o la non corretta gestione di uno solo di essi può non solo compromettere l'efficacia e l'efficienza del sistema, ma anche trasferire ambiti di inappropriata da un modulo all'altro con situazioni di crisi difficilmente governabili. Grande attenzione deve essere posta alla comunicazione tra moduli e con i cittadini, potenziali utenti: in tale ottica appaiono di sostanziale utilità strumenti quali la cartella clinica unificata (per la comunicazione interna) e la carta dei servizi (per la comunicazione esterna). Infine la formazione permanente del personale ad ogni livello, finalizzata sia all'aggiornamento degli aspetti tecnico-organizzativi che alla condivisione degli obiettivi, delle metodologie di valutazione e delle strategie di approccio ai problemi assistenziali.

Come l'appropriatezza, anche il modello organizzativo dell'assistenza integrata si rispecchia perfettamente nella complessità e ne assume tutte le caratteristiche: moltissime variabili, assai diverse tra loro, reciprocamente interferenti con relazioni non lineari e fortemente legate da meccanismi di azione e retroazione che ne determinano un considerevole livello di auto adattatività, ma soprattutto caratterizzate da una struttura di reti (2).

L'assistenza integrata rappresenta, in sostanza, un microcosmo di Servizi per il soddisfacimento dei bisogni socio sanitari della popolazione ed allo stesso tempo uno strumento che rende più agevole e rapido il "viaggio" verso l'appropriatezza clinica e (soprattutto) organizzativa. Ma l'appropriatezza è a sua volta indispensabile presupposto per l'avvio dei percorsi assistenziali integrati, come la "Stella polare" che indica

un punto senza cui è più difficile segnare una rotta.

Complessità e modelli di valutazione della gestione del rischio: il caso delle Infezioni Correlate a Pratiche Assistenziali (ICPA)

Le infezioni correlate a pratiche (o processi) assistenziali (ICPA) rappresentano un perfetto modello di problema complesso all'interno del quale "convivono" parti semplici e complicate. Come anche più in generale il rischio in sanità e la sicurezza del paziente – di cui le ICPA costituiscono una frazione rilevante ed un'immagine rappresentativa – il rischio infettivo correlato ai processi assistenziali risponde pienamente ai principi ed alle caratteristiche della complessità: è un vincolo ma anche un'opportunità (principio dialogico); l'approccio ad esso ed agli eventi avversi che ne possono conseguire è funzione del clima organizzativo e della cultura della sicurezza che a loro volta sono condizionati dalla disponibilità di gestire in modo appropriato il rischio stesso (principio di ricorsività di organizzazione); le organizzazioni sanitarie si rispecchiano nel clima organizzativo e relativo alla sicurezza, questi a loro volta sono l'immagine della cultura del rischio e della sicurezza, che, infine, sono il riflesso dell'insieme degli stili di direzione e leadership delle organizzazioni (principio ologrammatico) (2).

L'analisi approfondita delle caratteristiche che compongono il modello delle ICPA evidenzia una miriade di fattori assai diversificati, continuamente interferenti, legati da relazioni prevalentemente non lineari, in una rete multidimensionale di nodi (pazienti, operatori, altri stakeholders, unità operative, sottosistemi economici, organizzativi, mediatici, solo per fare alcuni esempi); nelle maglie di tale sistema nuovi nodi si auto generano in relazione alla sua adattatività e alcuni di essi diventano "iperconnessi" assu-

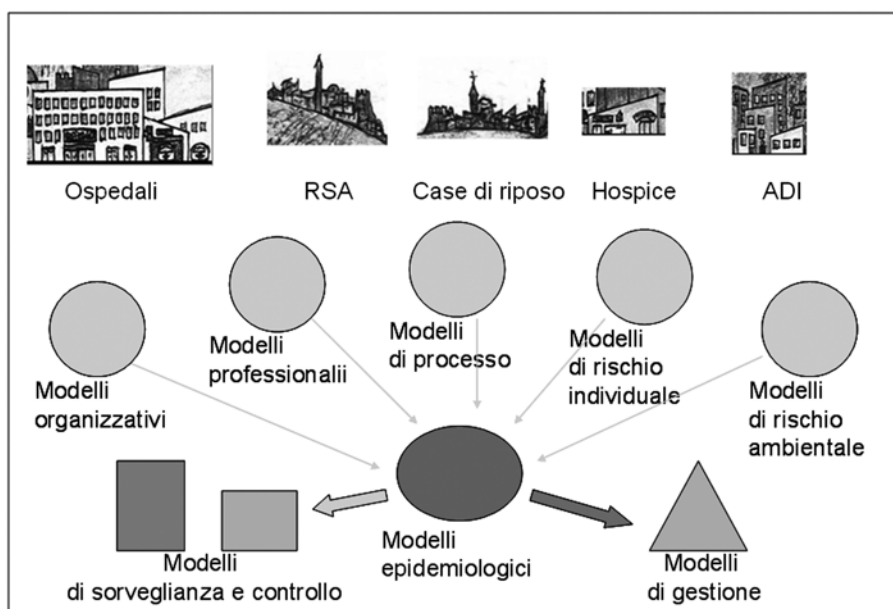


Fig. 5 - Le reti dell'assistenza integrata ed i modelli correlati alle ICPA

mendo relazioni più intense e complesse di altri: come nel caso del ruolo e delle funzioni delle direzioni mediche e, più in generale, dell'Igienista nei diversi livelli gestionali delle organizzazioni sanitarie.

I modelli di valutazione e gestione del rischio, come nel caso particolare delle ICPA assumono tuttavia distinte e significative peculiarità specifiche dell'ambito e dei contesti propri dei diversi moduli assistenziali (Fig. 5).

Se si considerano le significative differenze organizzative, strutturali, tecnologiche ma anche professionali e procedurali che contraddistinguono i 5 principali moduli delle reti dell'assistenza integrata (ospedale per acuti, RSA, case di riposo, hospice e assistenza domiciliare integrata) appare evidente come i modelli organizzativi assistenziali, interagendo con i modelli professionali e di processo, sottendano profili epidemiologici anche molto diversi di ICPA nei differenti

moduli assistenziali soprattutto se si considerano le relazioni non lineari con la variabilità del rischio individuale legata alle caratteristiche dei pazienti e degli ambienti in cui essi sono inseriti nei percorsi di diagnosi, cura e riabilitazione. È interessante notare come la Ricerca applicata si stia recentemente orientando all'approfondimento epidemiologico di tali modelli, utilizzando anche strumenti caratteristici dell'analisi reattiva e proattiva del rischio e degli eventi avversi, più specificamente proprie della metodologia di gestione della sicurezza del paziente (5). La precisa definizione dei diversi modelli epidemiologici è la base essenziale per la definizione di adeguati e coerenti processi di sorveglianza e controllo e più in generale di gestione delle ICPA nei diversi moduli assistenziali che, pur ispirandosi a principi comuni, devono necessariamente tener conto delle specificità dei contesti per una più sicura garanzia di successo.

Alcune considerazioni

La variabilità in Medicina ed il suo manifestarsi attraverso una sempre maggiore complessità dell'approccio ai bisogni assistenziali, richiede strumenti efficaci e coerenti per la gestione della discrezionalità delle scelte e dell'incertezza sul piano qualitativo.

L'appropriatezza, clinica ed organizzativa, sembra essere lo strumento metodologico più adeguato a tal fine, mentre le Reti dell'assistenza integrata Ospedale-Territorio-Domicilio rappresentano lo strumento operativo più aderente a tale esigenza gestionale.

Per il loro successo è tuttavia necessario conoscere ed applicare le regole fondamentali dell'approccio sistemico alle Organizzazioni complesse: multidimensionalità, flessibilità, adattatività, comunicazione, condivisione, interdisciplinarietà....e su queste investire oggi in *formazione* per avere domani un probabile risultato: la fretta è cattiva consigliera.

La complessità degli scenari e dei diversi contesti, che sottendono le specificità dei vari moduli assistenziali, rendono indispensabile l'analisi degli elementi determinanti dei differenti modelli epidemiologici e di rischio, per la valutazione, per la gestione, per la formazione dei professionisti.

Riassunto

La gestione dei sistemi sanitari complessi e dei processi assistenziali richiede un approccio sistemico coerente ed adeguato alla loro natura. Allo stesso modo la complessità degli scenari, dei contesti, degli attori e dei ruoli che definiscono il profilo dei servizi per l'assistenza sociale sanitaria sottende la necessità di strumenti e metodologie di organizzazione, valutazione e governo che rispondano ai principi di multidimensionalità, multidisciplinarietà ed interprofessionalità. In relazione a ciò due elementi appaiono particolarmente significativi nell'ottica di un approccio sistemico ai percorsi ed ai processi assistenziali in un sistema sanitario fortemente caratterizzato da variabilità, discrezionalità ed incertezza: le reti dell'assistenza integrata (ospedale, territorio, domicilio) e l'appropriatezza clinica ed organizzativa. Partendo da tali presupposti la relazione sviluppa il tema della valutazione e gestione della complessità nei percorsi assistenziali integrati con particolare riferimento al caso delle ICPA (infezioni correlate alla pratica assistenziale).

Bibliografia

1. Borin R, Gazzola B, Romano G, Tardivo S. La rete dei servizi territoriali: un sistema complesso? *Dedalo* 2003; **3**: 25-7.
2. Romano G, Tardivo S, Pascu D, Locatelli C. Il modello della complessità applicato alla gestione dei cantieri ospedalieri. *Semplice, complicato, complesso*. *Ann Ig* 2007; **19** (Suppl 1): 125-49.
3. Romano G. L'approccio sistemico dell'assistenza integrata. *Dedalo* 2003; **2**: 3-6.
4. Tardivo S, Torri E, Superbi P, Romano G. La continuità assistenziale e la complessità in Sanità: problematiche e prospettive. *Dedalo* 2005; **3** (1): 45-59.
5. Vincent CA. Patient Safety. *La Sicurezza del Paziente*. Ed. italiana a cura di Bellandi T, Pascu D, Romano G, Tartaglia R. Roma: Esse Editrice, 2007.