

Titolo

L'ICA come facilitatore dell'integrazione multidisciplinare

Vito Petrara, Dirigente Servizio Assistenza A.S.L. 4 Matera

Le aziende sanitarie, nel perseguimento dei diversi obiettivi quali la soddisfazione dei clienti, la razionalizzazione delle risorse interne, la flessibilità e l'innovazione, tendono a modificare i modelli gestionali attraverso l'introduzione di un nuovo approccio: la gestione per processi multiprofessionali.

Adeguarsi a questa tendenza e mettere in atto un cambiamento che abbia la possibilità di migliorare e governare i processi richiede ad un Servizio di Assistenza infermieristico tecnico riabilitativo e sociale come quello di Matera, di superare le logiche di settorialità delle prestazioni delle singole professioni sanitarie, ma di promuovere e sostenere i processi organizzativi attraverso una forte integrazione professionale. Tale visione organizzativa permette di recuperare e valorizzare la singola risorsa, e di superare le criticità organizzative quali la resistenza di alcune professioni.

Allo stesso tempo richiede, di valutare e misurare il patrimonio delle competenze collegato ad un processo di razionalizzazione delle risorse e di sviluppo professionale.

Nella ASL di Matera, il processo di integrazione professionale si è implementato anche nel passaggio, sia organizzativo che concettuale avvenuto negli anni, da Servizio Infermieristico a Servizio Assistenza e che nella pratica quotidiana, si è tradotto nella necessità da un lato di rimodulare percorsi e strumenti assistenziali, dall'altro di rendere evidente l'attività svolta sia agli stessi professionisti che nella routine della quotidianità e nel volume delle attività svolte. Il processo assistenziale infatti, si configura come un percorso in cui il paziente viene assistito da diverse figure professionali che, con lo stesso obiettivo, operano in coerenza con uno specifico professionale che molte volte è dato per scontato, mentre è indispensabile che questo specifico sia conosciuto dagli stessi professionisti al fine di non parlare linguaggi diversi sullo stesso paziente oppure non essere ridondanti nel percorso assistenziale.

A tutto questo si è aggiunta la necessità di un monitoraggio periodico finalizzato ad una analisi della complessità delle prestazioni erogate, al fine di effettuare scelte organizzative e

di ottimizzazione basate su dati oggettivi che soddisfino i bisogni di assistenza della popolazione.

Un sistema integrato di misurazione della complessità delle prestazioni erogate dalle diverse professioni sanitarie, attraverso la descrizione delle azioni professionali erogate in specifiche realtà, permette di fatto, l'analisi non solo della quantità di volume prodotto ma anche quanto questo possa essere messo in relazione con le risorse impiegate (il loro costo).

Valutare quindi l'efficienza del nostro sistema con i risultati ottenuti in termini di grado di salute aggiunta e grado di errori evitati.

Partendo da queste premesse è stato intrapreso dal Servizio Assistenza, uno studio sulla metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale fondato sul "Modello delle Prestazioni Infermieristiche" (Cantarelli M., Collana di Scienze Infermieristiche, Infermieristica Generale, "Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche" - Masson ed., Milano, 1996) modello adottato dal Servizio Assistenza di Matera, studio orientato alla definizione di indicatori tecnicamente validi, affidabili e coerenti con quanto precedentemente esposto.

Lo scopo è quello di raggiungere modelli organizzativi basati su variabili qualitative, ovvero fondate sulle attività che devono essere garantite agli assistiti sulla base di standard condivisi dalla comunità scientifica e basati sui criteri già elencati.

Tra le diverse metodologie visionate dallo Staff direzionale del Servizio Assistenza di Matera, è stata scelta la Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale, del Dott. Bruno Cavalieri, che per le sue finalità è stata ritenuta utile su più livelli: assistenziale, gestionale intermedio e gestionale direzionale.

Nel livello assistenziale e gestionale intermedio utile per:

- ⇒ la definizione del lavoro svolto
- ⇒ la definizione delle priorità di intervento
- ⇒ rendere evidenti i risultati
- ⇒ programmare il lavoro, l'organizzazione e l'utilizzo delle risorse

Il metodo di misurazione dell'intensità assistenziale si pone infatti come "sistema organizzativo integrato capace di facilitare alcuni meccanismi di funzionamento fondamentali per attivare il cambiamento attraverso la creazione di basi-dati appropriate dal punto di vista metodologico e quindi capaci di supportare il professionista nel processo decisionale di identificazione, progettazione, attuazione e verifica delle proprie attività finalizzate alla risoluzione degli obiettivi di assistenza".

Nel livello gestionale e direzionale utile per:

- ⇒ analizzare la reale capacità produttiva dell'U.O./servizio
- ⇒ governare meglio
- ⇒ adeguare il fabbisogno di dotazione organica
- ⇒ supportare la negoziazione di budget.

Il metodo I.C.A. che nasce come uno strumento impostato sulle competenze poste in capo agli infermieri, per una intuizione del Responsabile dell'Area Tecnico Riabilitativo e Sociale di Matera Dott.ssa V. Saponaro, si è voluto adattare alla rilevazione della complessità assistenziale delle diverse professioni sanitarie, nell'ottica della visione organizzativa di integrazione multidisciplinare.

Nasce in questo modo l'esperienza materana avviata come progetto aziendale a sviluppo pluriennale iniziato nel 2007, con il supporto dell'esperto ideatore del metodo I.C.A. (Dott. B. Cavaliere) con un percorso formativo ed informativo dei coordinatori, per poi passare nel 2008 all'identificazione dei gruppi di lavoro, alla formazione degli stessi, alla elaborazione delle nuove griglie ICA adattate alle diverse e specifiche competenze.

Allo studio ha fatto seguito la sperimentazione delle griglie elaborate, nelle diverse realtà operative.

Le professioni coinvolte hanno riguardato oltre agli Infermieri che sono partiti direttamente con la sperimentazione, le Ostetriche, i Tecnici di Radiologia, i Tecnici di Laboratorio, i Fisioterapisti.

Lo studio, avviato sottoforma di progetto aziendale e articolato in più fasi svolte nell'anno 2008, troverà una reale applicazione nell'anno 2009.

Il metodo di misurazione dell'intensità assistenziale si pone come "sistema organizzativo integrato capace di facilitare alcuni meccanismi di funzionamento fondamentali per attivare il cambiamento attraverso la creazione di basi-dati appropriate dal punto di vista metodologico e quindi capaci di supportare il professionista nel processo decisionale di identificazione, progettazione, attuazione e verifica delle proprie attività finalizzate alla risoluzione degli obiettivi di assistenza".

La determinazione e la descrizione delle azioni di assistenza erogate in un specifica realtà si realizzano attraverso l'irrinunciabile coinvolgimento dei professionisti che le erogano. Tale coinvolgimento si concretizza attraverso la costituzione di gruppi di lavoro che decidono di coordinarsi per la standardizzazione delle loro attività attraverso:

- a) la scelta di un modello concettuale e la conseguente definizione di assistenza condivisa e realizzata mediante la determinazione degli obiettivi assistenziali garantiti sotto la diretta responsabilità dell'equipe*
- b) la determinazione delle prestazioni erogabili intese come scopo dell'equipe e realizzate attraverso le azioni di assistenza*
- c) la definizione del contenuto e delle relative modalità operative delle azioni assistenziali attraverso la determinazione di criteri, standard e indicatori*
- d) la condivisione e l'approvazione attraverso la formalizzazione di un sistema permanente di revisione delle attività*

Sono stati così istituiti dei gruppi di lavoro, composti da rappresentanti delle diverse professioni: infermieri, tecnici di laboratorio, tecnici di radiologia, fisioterapisti ed ostetriche, con l'obiettivo di costruire un documento (tabella) che analizzasse e definisse le prestazioni da erogare ed i livelli di intensità. Ogni gruppo professionale ha quindi costituito il "suo" documento. Questo documento, che può essere costantemente revisionato dal gruppo professionale, definisce e rende visibile tutte le attività di assistenza che possono essere erogate nel determinato contesto.

Il numero degli/delle obiettivi/prestazioni assistenziali da monitorare è variabile nel contenuto e nel numero. Questo ha costituito il presupposto della completa contestualizzabilità in ogni realtà organizzativa sia da un punto di vista disciplinare che da un punto di vista tecnico.

Gli obiettivi sono stati determinati dal gruppo professionale in base alla scelta **del modello teorico di riferimento** e dall'analisi del contesto in merito all'indicatore di fattibilità:

⇒ **Fisioterapisti**, basato sul “Modello ICF” International Classification of Functioning (Organizzazione Mondiale della Sanità) e differenziato per aree di intervento, tipologia di pazienti, fasi del percorso riabilitativo ed infine fasi della vita dell'individuo. I fisioterapisti hanno lavorato chiarendo i presupposti della loro attività: il livello di autonomia residua dell'assistito ha una diversa accezione per la categoria in quanto proprio sulla riacquisizione della stessa il fisioterapista opera in collaborazione con assistito ed altri operatori o familiari, quindi il presupposto di partenza, il focus dell'azione riabilitativa si concentra non tanto sul livello di dipendenza (fondamentale per la valutazione infermieristica) quanto piuttosto sul concetto di autonomia residua e raggiungibile dalla persona inserita nel suo contesto. La difficoltà maggiore, è stata quella di:

- ideare un sistema adatto a rilevare i livelli di complessità relativi al raggiungimento dell'autonomia;
- cercare un modello concettuale da cui partire e al quale fare riferimento nella scelta delle aree di autonomia da individuare;
- esplorare i bisogni di autonomia della persona, e innestare su questi le attività quotidiane del fisioterapista.

Sono state individuate così 11 aree di intervento del fisioterapista, 5 finalità di assistenza riabilitativa (educare, prevenire, sostenere, compensare, sostituire) e 5 classi di complessità.

È stata effettuata la rilevazione su un campione di 31 pazienti e sono state fatte alcune considerazioni che tengono giustamente conto del limitato campione, e del limitato tempo dedicato alla rilevazione. Innanzitutto un sistema di rilevazione costruito solo per il paziente adulto, ma i fisioterapisti assistono anche bambini ed occorre un sistema di valutazione della loro autonomia e conseguentemente un sistema di rilevazione specifico, ma soprattutto è stato possibile identificare alcuni vantaggi che rendono i fisioterapisti stessi più partecipi nel progetto di sviluppo del sistema poiché ne riconoscono l'utilità:

- possibilità di definire percorsi riabilitativi (profili di cura) per patologia
- pianificazione delle attività appropriate indirizzate a obiettivi definiti
- visibilità dell'efficacia dell'intervento riabilitativo
- individuazione delle richieste improprie
- individuazione delle U.O. dove l'intervento del Fisioterapista è più importante.

⇒ **Ostetriche**, basato sull'elenco delle prestazioni ostetriche, sul Codice Deontologico, sul Tariffario, sull'Analisi dei Bisogni Primari, sul “Modello delle Prestazioni Infermieristiche” ed infine “sull'arte dell'Assistenza Ostetrica”. Le ostetriche sono state caratterizzate da un'ampia discussione ed un profondo lavoro di riflessione che le ha portate a riconoscersi nel Modello delle Prestazioni, opportunamente adattato. Hanno quindi elaborato la loro tabella delle prestazioni ostetriche secondo 11 prestazioni, 5 finalità (indirizzare, guidare, compensare, sostenere, sostituire) ed hanno identificato 5 classi di complessità. È stata quindi effettuata la rilevazione delle prestazioni ostetriche su diverse tipologie di assistite e ne sono state elaborate alcune conclusioni assistenziali, in particolare il calcolo della media modale ha evidenziato come ci siano prestazioni che si presentano in modo ricorrente e sulle quali occorre porre la dovuta attenzione attraverso una adeguata analisi e standardizzazione. Le ostetriche stesse, dopo una iniziale resistenza, hanno riconosciuto come lo strumento sia un elemento di *empowerment* professionale, in quanto evidenzia le attività prevalenti, quelle complesse e consente di “essere premiate per le prestazioni a più alta complessità”.

⇒ **Tecnici di Laboratorio**, basato sulle fasi di analisi di laboratorio differenziate in fase preanalitica, analitica e postanalitica e tenendo conto delle variabili specifiche per ognuna delle fasi, espletate nelle 24 ore: anziché una classificazione con 5 livelli, per il loro specifico sono stati scelti 3 livelli impiegando 3 obiettivi assistenziali e 3 livelli di criticità, allo stesso modo si è costruita la distribuzione in 3 classi di intensità. La rilevazione effettuata ha consentito di mettere in evidenza i livelli di

complessità dei settori consentendo di riconoscere elementi di comparazione, e per turni di lavoro, consentendo di identificare elementi di riflessione utili a definire elementi di standardizzazione delle prestazioni e considerazioni relative alla distribuzione del personale.

⇒ **Tecnici della radiologia**, basato sulla complessità tecnica di esecuzione, sulla tipologia del paziente e sulla logistica dei luoghi di esecuzione degli esami. La sperimentazione del metodo è stato applicato nei due turni e nelle diverse postazioni di lavoro. Sono stati definiti i 5 livelli e costruita la tabella delle classi. La rilevazione è stata effettuata per un mese in due turni di lavoro (per un totale di 400 rilevazioni). È stato così possibile abbozzare un sistema, che dovrà essere portato a regime, di comparazione della complessità tra settori (diagnostiche, TC, corsie, sala operatoria...) e tra turni, evidenziando una diversa criticità in relazione alla tipologia del paziente sottoposto ad indagine, così come si presupponeva.

⇒ **Infermieri**, basato sul “Modello delle Prestazioni Infermieristiche” (M. Cantarelli), Gli infermieri sono stato il gruppo professionale che più ha beneficiato del fatto che il modello è stato progettato sulla professione infermieristica, mentre per le altre professioni il lavoro di progettazione e definizione è stato importante in quanto non caratterizzato da esperienze precedenti. Come si è detto si è proceduto su un doppio binario: da una parte la scelta di applicare il Modello delle Prestazioni di Cantarelli alla realtà assistenziale della ASL che ha impegnato in un percorso formativo a tappeto di tutti gli infermieri sviluppato su un medio periodo (due anni) per far sì che gli infermieri si appropriassero dei contenuti concettuali del modello stesso; dall'altra parte il percorso di un gruppo di lavoro che andasse a sviluppare i contenuti dell'ICA al fine di dare inizio ad una sperimentazione che facesse da traino ad una applicazione più generale della metodologia. Il gruppo di lavoro degli infermieri si è riunito nell'arco dell'anno, ha rielaborato, adattandola, la tabella delle prestazioni ed ha proceduto con la sperimentazione in alcune aree: cardiologia, terapia intensiva e dialisi. Quindi per gli infermieri sono state considerate 11 prestazioni, 5 finalità e 5 classi di intensità. Sono state quindi effettuate le considerazioni assistenziali possibili nonostante, come già detto, l'esiguità del campione e del tempo di applicazione del metodo. Nonostante tutto gli infermieri stessi hanno riconosciuto l'importanza del sistema evidenziando molti più vantaggi che svantaggi, tra i quali una miglior presa

di decisione ed una miglior integrazione col personale di supporto, identificando anche elementi di tutela professionale legati al fatto che rendere evidente l'agire migliora l'assunzione di responsabilità e l'appropriatezza dell'intervento.

Da quanto si evince dalla sperimentazione, risulta evidente che attraverso lo strumento in esame è possibile elaborare diversi indicatori che consentono di rendere oggettivamente visibile il livello di complessità assistenziale delle specifiche prestazioni sanitarie erogate nei diversi Servizi Ospedalieri. Il progetto si prefigge inizialmente lo scopo di monitorare, mediante osservazioni ripetute nel tempo l'Indice di Complessità Assistenziale delle prestazioni sanitarie erogate nel presidio ospedaliero per poi procedere con lo studio e la verifica dell'adattabilità e del metodo anche sul territorio, forti dell'idea che una volta stabilito il contenitore cioè la struttura della rilevazione, il contenuto può essere definito dai professionisti stessi.

Lo sviluppo del progetto di implementazione del sistema di misurazione della complessità assistenziale nella ASL 4 Matera ha consentito di confermare i punti di forza e di debolezza che erano già stati evidenziati da chi ha progettato il sistema.

I punti di debolezza di questa metodologia sono rappresentati dalla necessità di una importante fase di progettazione e contestualizzazione che presuppone il coinvolgimento della direzione strategica e degli operatori per la costruzione del sistema poiché prevede investimenti culturali, formativi e tecnologici: è una progettazione di lungo periodo.

I punti di forza sono rappresentati dalla possibilità di definire le prestazioni erogate, la creazione di un sistema di classificazione del malato in grado di favorire la personalizzazione delle cure, l'attivazione di un efficace sistema di "audit clinico" e la costituzione di un sistema di gestione organizzativa non più orientato solo ed unicamente sulle quantità ma anche e soprattutto sulla qualità della funzione attraverso la gestione della competenze e dell'appropriatezza delle cure.

Il coinvolgimento dei professionisti alla progettazione del sistema ha creato un movimento di confronto all'interno del Servizio Assistenza, la partecipazione attiva agli incontri fissati, guidati dall'esperto che ha progettato il sistema, ha portato ad una riflessione importante su quanto si fa, chi fa, perché si fa.

Il momento di condivisione con tutti i professionisti, effettuato attraverso un workshop in cui gli stessi appartenenti al gruppo di lavoro hanno illustrato il sistema, ha suscitato curiosità e voglia di adesione al progetto.

L'esperienza evidenzia infine, due aspetti strettamente interconnessi sui quali ruota ogni vera trasformazione, ogni radicale innovazione, legati all'integrazione professionale e alla crescita comune dei diversi operatori.

Le importanti scelte relative al coinvolgimento di più professioni sanitarie e agli strumenti operativi elaborati, sono state guidate dal principio **della valorizzazione dell'approccio multiprofessionale ai problemi/bisogni dell'individuo con finalità di cura e di assistenza**. Un orientamento progettuale che restituisce all'individuo il ruolo di fulcro intorno al quale si attivano, in base ai diversi livelli di competenza, le diverse professionalità. Un orientamento che evidenzia la centralità della persona con problemi di salute all'interno di un unico processo assistenziale per il quale si attivano, spesso contemporaneamente, professionisti diversi ma tra loro integrati.