

Integrare l'approccio professionale e l'approccio manageriale: i piani di cura

■ Giulio Marcon ¹, Emanuela Barbiero ²

¹ Professore a contratto di Management Clinico, Università di Padova. Risk Manager

² Professore a contratto di Infermieristica Clinica in Aree specialistiche, Università di Padova e Udine. Risk Manager

ABSTRACT

Quality in healthcare is one of the key points of the clinical governance and cannot be omitted to assure patient's safety. One of the most important aspects of quality in healthcare is the elaboration and application of integrated clinical pathways that can improve efficacy and save costs. The article describes the main characteristics of an adequate pathway, able to involve both medical and managerial skills.

Keywords: integrated clinical pathways, quality, healthcare management

*Integration of medical and managerial approaches: integrated clinical pathways
Pratica Medica & Aspetti Legali 2009; 3(2): 79-84*

■ I RAPPORTI DELL'IOM: "TO ERR IS HUMAN" E "CROSSING THE QUALITY CHASM"

I Servizi Sanitari dei Paesi occidentali si trovano sempre più frequentemente di fronte al problema di adeguare l'offerta di cure all'aumento della domanda, ai nuovi servizi che vengono richiesti, alle sfide della qualità e alla necessità di garantire la sicurezza dei pazienti. Il problema dell'adeguamento delle cure ai bisogni della popolazione sta divenendo sempre più pressante: oggi, pertanto, si parla non solo di qualità delle cure, ma anche di qualità della formazione dei professionisti sanitari, e si prende in considerazione una serie di "dimensioni" o "aspetti" delle cure che fino a pochi anni fa erano sconosciuti ai più e costituivano un'area di ricerca di pochi studiosi.

Di queste dimensioni e di questi aspetti quello di gran lunga più noto è il movimento della **qualità delle cure**, che in alcuni Paesi ha preso rapidamente piede divenendo un obbligo e che ha un ruolo prioritario nella fornitura dei servizi sanitari. Il movimento per l'incremento della qualità nei servizi sanitari non è stato tuttavia in grado di essere pro-

tagonista di cambiamenti stabili e di ampio respiro, in quanto ha dovuto confrontarsi con ostacoli formidabili: il mancato adeguamento della formazione dei professionisti sanitari all'evoluzione reale dei bisogni, il frequente mantenimento all'interno degli ospedali di una mentalità da "cittadella assediata" e la strenua ostilità verso i cambiamenti. In particolare ci si è continuati a occupare prevalentemente della parte più costosa delle cure mediche, ossia gli ospedali, ritardando la nascita e la crescita di un'efficiente rete di cure territoriali.

Il risultato più negativo della mancata risposta alle aspettative dei pazienti e della società è costituito dal fatto che ancora oggi solo in poche istituzioni il termine "qualità" ha un significato sostanziale e non formale. Solo raramente (anche se gli esempi di eccellenza non mancano) la *leadership* politica e professionale da un lato e la *leadership* aziendale dall'altro considerano la qualità delle cure come un elemento portante della fornitura delle cure e non come un accessorio obbligatorio. In quasi tutti gli ospedali è stato nominato un "responsabile della qualità", che tuttavia spesso riveste solo una posizione formale.

I noti rapporti dell'*Institute Of Medicine* statunitense (IOM) pubblicati negli ultimi anni ("To Err is

Human” e “Crossing the Quality Chasm”) hanno, da parte loro, messo in luce l'esistenza di due importanti problemi nella fornitura delle cure [1,2]. Il primo rapporto (“To Err is Human”) ha reso noto a tutto il mondo che, nonostante le cure siano fornite da professionisti preparati all'interno di organizzazioni con doveri e compiti definiti, esiste una grossa discrepanza tra conoscenza scientifica, competenza professionale e fornitura delle cure. Questa discrepanza diviene evidente nella scarsa corrispondenza tra le risorse spese per le cure sanitarie (spese in formazione dei professionisti, spese per la fornitura delle cure, spese per la sicurezza del paziente) e i costi causati dalla “non-qualità” delle cure realmente fornite (ritardi, sprechi, ritualità dei medici, latitanza degli amministratori). In altre parole, non vi è corrispondenza tra la qualità reale del sistema di fornitura delle cure (spesso bassa) e la qualità potenzialmente ottenibile in base alla qualificazione dei professionisti e all'entità delle risorse impiegate.

Negli Stati Uniti i sistemi sanitari occidentali vengono definiti come «frammentati e pieni di sprechi», in quanto, da un esame ravvicinato di questi sistemi, ci si imbatte continuamente in attese ingiustificate, in procedure complesse e intricate, in ritardi inspiegabili, in interruzioni dei processi di cura, in regole criptiche e in tutta una serie di disservizi che da un lato non aggiungono alcun valore reale in termini di salute e dall'altro creano enormi sprechi di risorse.

La sicurezza del paziente, l'efficacia e la tempestività degli interventi, la presenza di gravi difetti nella fornitura delle cure (si pensi al grave problema della *malpractice*) costituiscono delle aree nelle quali sono da tempo necessari miglioramenti tecnici e strutturali.

È quindi impellente ripensare e riprogettare radicalmente sia le modalità e le caratteristiche della fornitura delle cure, sia i metodi di verifica della qualità dell'assistenza fornita, che attualmente nei sistemi sanitari occidentali non è sempre alta.

La richiesta di cure nei Paesi occidentali prevedibilmente aumenterà, si diversificherà e genererà una gamma sempre maggiore di richieste non solo sanitarie, ma anche di adeguamento della fornitura delle cure sanitarie agli standard della vita di tutti i giorni, come ad esempio un rispetto genuino per chi viene curato nelle strutture sanitarie, l'adozione di modelli comunicativi in grado di garantire efficienza ed efficacia elevate e maggiore sicurezza, tempestività e personalizzazione delle cure. Sarà quindi necessario analizzare e pianificare l'evoluzione prevedibile della domanda di cure in modo da poter individuare:

- modelli formalizzati di individuazione dei trend di evoluzione della domanda di cure;
- modelli previsionali capaci di intercettare in anticipo la domanda futura e di generare ri-

sposte adeguate all'evoluzione della domanda stessa.

La soddisfazione della domanda non si ferma qui e non deve essere limitata alla semplice fornitura delle cure, ma deve comprendere anche una buona qualità della fornitura del servizio. Questa distinzione è stata proposta come una delle grandi innovazioni che il NHS (*National Health Service*) britannico sta mettendo in cantiere nel quadro dell'ampio progetto di miglioramento delle cure in corso da alcuni anni, miglioramento che, grazie alla spinta della *National Patient Safety Agency*, sta cambiando le modalità operative all'interno del NHS.

■ PROFESSIONISTI COMPETENTI, RISULTATI SCADENTI

L'individuazione delle due nuove dimensioni delle cure (la fornitura delle cure propriamente detta e la fornitura del servizio) viene considerata un passo molto importante per avviare l'innovazione della Sanità.

La spinta a osservare da vicino queste due aree deriva dalla frequenza con la quale si manifestano errori e danni ai pazienti, nonostante le cure siano fornite da professionisti competenti.

Ma perché si è intrapresa questa strada? Lo spiega da tempo Sir Liam Donaldson, direttore del NHS britannico: nonostante nelle strutture sanitarie operino professionisti esperti, la fornitura delle cure non si combina con la fornitura del servizio. In altre parole, le competenze e le abilità tecniche e professionali sono presenti (capacità, efficienza ed efficacia nella fornitura delle cure), ma le competenze e le abilità manageriali sono scarse o assenti (incapacità o inefficienza nella fornitura del servizio). Il NHS ha correttamente individuato una delle ragioni principali per cui gli errori e i danni avvengono nella fornitura delle cure: la mancanza, nei professionisti, di una formazione manageriale che permetta di affiancare alle abilità e alla qualità professionali una competenza specifica e tale da permettere di evitare i purtroppo frequenti difetti nella fornitura del servizio.

■ INTEGRARE LA QUALITÀ PROFESSIONALE E LA QUALITÀ ORGANIZZATIVA

Molti professionisti che operano nelle strutture sanitarie lavorano per migliorare la qualità delle

cure mediante l'uso delle linee guida, l'aderenza alle pratiche basate sulle evidenze, gli audit clinici, la progettazione organizzativa e l'utilizzo di modelli organizzativi innovativi. Altri professionisti si occupano dell'accreditamento, della tecnologia informatica e dell'interscambio delle informazioni importanti. Altri ancora, a livello delle unità di cura, si occupano dei modi migliori di utilizzare le risorse a loro affidate, come ad esempio i farmaci, il personale e le tecnologie.

Tuttavia queste attività sono spesso parcellizzate e non sono funzionalmente collegate tra di loro all'interno delle singole istituzioni sanitarie, tanto che i responsabili di queste attività (professionisti, manager della qualità, manager dell'informazione) hanno più contatti con i loro pari nelle altre istituzioni che tra di loro.

Inoltre ciascuno di questi professionisti si occupa di un aspetto peculiare della qualità: i professionisti sanitari si focalizzano sull'efficacia e sulla sicurezza, i manager sull'efficienza e così via. Si crea così una netta divisione tra i professionisti sanitari che sono i "padroni" del contenuto sanitario delle cure e i professionisti non sanitari che sono i "padroni" dell'organizzazione. Questa "doppia padronanza" genera regolarmente accessissime diatribe territoriali fra "padroni" clinici e "padroni" organizzativi, diatribe che impediscono spesso la necessaria integrazione tra le due categorie.

Appare quindi naturale che risulti assolutamente necessario integrare questi due gruppi: si tratta di un problema squisitamente manageriale, che può e deve trovare soluzione in occasioni formali di collaborazione (come ad esempio progetti complessi, meeting integrati). Queste occasioni devono essere in grado di far tramontare la "proprietà" medica di processi e competenze e di far nascere un'integrazione delle diverse prospettive allo scopo di far sviluppare nei professionisti una visione condivisa e integrata delle modalità operative sanitarie e manageriali. Tale integrazione consiste nel "ripensare" congiuntamente il contenuto delle diverse competenze, la definizione delle aree di collaborazione e delle aree di autonomia e l'utilizzazione ordinata e l'integrazione delle competenze stesse.

■ PERCHÉ I VIAGGI ALL'INTERNO DI UNA STESSA MALATTIA DEVONO ESSERE TUTTI DIVERSI?

Il modo standard di prestare le cure mediche è quello archetipico del "passo-a-passo". Si dà per scontato che ogni paziente sia un caso a sé, che

l'andamento della malattia di ciascun paziente sia in gran parte imprevedibile e che pertanto ad ogni passo della cura il medico debba scegliere nel suo armamentario gli strumenti più adatti alla situazione di ogni singolo malato in ogni singolo giorno di degenza. In questa visione, lo specifico paziente viene considerato diverso da tutti gli altri e quindi necessita di un percorso *ad hoc*. E non si tratta di un percorso definito a priori, ma di un percorso costruito mediante una serie di decisioni singole prese iterativamente sulla base dell'esito della decisione precedente.

Questa modalità di operare deriva, senza sostanziali modifiche, da quando, circa un secolo fa, i medici avevano a disposizione una serie molto limitata di opzioni diagnostiche e terapeutiche e una serie ancor più limitata di conoscenze scientifiche validate.

Il mondo attuale delle cure mediche è però, nel tempo, radicalmente cambiato. L'ospedale è popolato da una vasta gamma di specialisti, da figure professionali nuove, da complesse interazioni tra specialisti, da tecnologie in continua evoluzione. Ma, nonostante questi e altri avanzamenti tecnici, le cure vengono prestate come un secolo fa: un passo dopo l'altro.

Il risultato, purtroppo, è quello di una sempre più diffusa frammentazione dei processi, di una mancata individuazione delle responsabilità, di rischi e di danni derivanti dalle cure, e di frequenti ed evitabili inefficienze.

La giustificazione di questa modalità di intervento deriva in parte dalla naturale variabilità dei sintomi, dalla variabilità individuale della risposta ai farmaci e dall'imprevedibilità dei quadri morbosi. In questo mondo ogni paziente è un caso a sé. In conseguenza, le cure si concentrano più sulle differenze tra i pazienti che non sulle somiglianze dei quadri clinici.

Il concentrarsi sulle differenze piuttosto che sulle somiglianze aumenta a dismisura la quantità di risorse utilizzate (in buona parte impropriamente) e riduce la possibilità di concentrarsi sulle somiglianze, il che permetterebbe invece di semplificare la fornitura delle cure adottando le opzioni che sono prevedibilmente utili nella maggioranza dei casi "classici" e trattando in modo personalizzato solo quella piccola parte di pazienti che per qualche motivo non rientrano nelle categorie note.

È noto infatti che, se si prendono in considerazione non tanto i singoli pazienti portatori di una malattia diagnosticata, quanto degli aggregati sufficientemente grandi di pazienti portatori di questa malattia, ci si accorge che la variabilità individuale scompare. Questo dimostra che un potenziale accumulo di conoscenze (basate sulle analogie) viene sacrificato alla tipica struttura artigianale e parcellizzata delle cure mediche. Nel caso di pazienti affetti da una malattia definita, la cui cura e il cui andamento è in qualche modo prevedibile, è pos-

sibile definire piani di cura adattabili a una percentuale significativa di pazienti portatori di una determinata malattia.

Il **piano di cura** è rappresentato in primo luogo dalla definizione formale di una gamma di situazioni cliniche a bassa varianza (ossia ragionevolmente sovrapponibili tra di loro). Una volta individuata la gamma delle situazioni a bassa varianza che si decide di trattare, è necessario progettare un piano di cura adeguato per ogni situazione reale o potenziale all'interno della gamma delle opzioni possibili. Il piano si basa sulla formalizzazione delle azioni da compiere, sulla previsione dei risultati attesi, sulla verifica del raggiungimento dei risultati previsti e sulla qualità dei risultati ottenuti.

Il passaggio dalla modalità tradizionale di fornitura delle cure ai piani di cura ha effetti che vanno ben oltre la semplice redazione di un documento: infatti questo passaggio segna l'abbandono della ritualità tradizionale dell'assistenza ospedaliera per entrare nella più moderna modalità di fornitura delle cure, costituita dai piani di cura da un lato e dall'attenzione e dalla contemporanea fornitura del servizio dall'altro.

Chi redige un piano di cura deve obbligatoriamente essere in grado di usare tutti gli strumenti che permettono di tracciare il piano stesso:

- analisi del problema;
- impostazione della o delle soluzioni al problema;
- pianificazione e implementazione delle soluzioni più adeguate a risolvere il problema;
- monitoraggio dell'andamento del problema;
- valutazione periodica del problema;
- verifica di ottenimento del risultato.

Naturalmente redigere un piano di cura, specie in pazienti che necessitano di interventi multidisciplinari, non è semplice. Vi sono tuttavia alcuni strumenti già in atto da tempo che aiutano a redigere un piano di cura e a monitorarne l'andamento: si tratta delle evidenze cliniche, delle linee guida, dei protocolli di intervento pluridisciplinare, dei percorsi critici e dei percorsi clinici.

■ CHE COS'È UN PIANO DI CURA

I vantaggi dei piani di cura sono noti: migliore aderenza alle evidenze, miglioramento della qualità delle cure, riduzione dell'incertezza tipica della cura "caso-per-caso", riduzione di errori e danni al paziente. Il termine "piano di cura" viene usato per indicare una modalità di pianificazione delle cure che definisce chiaramente le azioni da eseguire, i risultati attesi delle azioni, i tempi nei quali verranno raggiunti i risultati attesi, la qualità

della fornitura del servizio. Il piano può coinvolgere diversi soggetti prestatori di cura che operano in campi diversi della medicina.

La parte centrale di un piano di cura è costituita:

- dall'integrazione delle azioni tra diversi ambiti disciplinari, diversi professionisti, diversi dipartimenti;
- dalla definizione dei risultati che si vogliono ottenere;
- dall'ottenimento dei risultati attesi di un piano di cura che sono rappresentati;
- dal miglioramento della qualità delle cure fornite;
- dall'ottimizzazione dell'efficacia delle cure;
- dall'ottimizzazione dell'efficienza delle cure;
- dalle cure centrate sul paziente;
- dall'attenzione alla sicurezza del paziente;
- dall'integrazione tra *best practices* professionali e organizzative.

PIANI DI CURA: RISTRUTTURAZIONE E DELEGA DELLE ATTIVITÀ

Una volta che si è deciso di mettere in atto un sistema basato sui piani di cura, è necessario analizzare le routine di lavoro in atto con lo scopo di mettere in luce tutto ciò che può essere eseguito con più efficienza, con maggiore attenzione per il paziente e con un migliore coordinamento tra i professionisti. Identificati i processi e le attività di cura per una determinata situazione clinica, è importante verificare se è necessaria una ristrutturazione dei processi e delle attività. Questa ristrutturazione deve essere oggetto di un iter specifico il cui scopo è quello di modificare e allineare adeguatamente i processi di fornitura delle cure a quelli di fornitura del servizio.

Nella riprogettazione dei processi necessaria per la realizzazione di un piano di cura, bisogna tenere conto dell'impiego delle risorse (costituite dalle competenze manageriali, dalle competenze dei professionisti e degli specialisti e dai modelli organizzativi delle attività multidisciplinari) in modo da migliorare da un lato l'efficacia e l'efficienza delle cure e ridurre dall'altro i rischi e gli sprechi. Nelle situazioni caratterizzate da una bassa complessità delle interazioni tra professionisti è spesso sufficiente una semplice ristrutturazione (cambiamento della struttura del lavoro, ad esempio passare dall'attività eseguita sequenzialmente da professionisti singoli al lavoro in team).

Nelle situazioni complesse e dinamiche può essere talvolta necessario un processo di reingegnerizzazione (cambiamento dell'organizzazione del lavoro, cambiamento delle interazioni tra i professionisti). Nelle situazioni molto complesse può essere necessario un processo di riprogettazione delle mo-

dalità di fornitura delle cure e di redazione di un piano di *change management* (ridisegnare radicalmente il modello organizzativo e il modello operativo che sono alla base del piano), piano che permetterà di avviare i processi di cambiamento.

Alcuni aspetti organizzativi, intimamente legati tra loro, sono di fondamentale importanza nei piani di cura e richiedono una responsabilità definita:

- la redazione e l'implementazione accurata del piano di cura;
- la delega formalizzata dei processi e delle attività;
- la responsabilità sui risultati;
- la verifica periodica di avanzamento del piano;
- le lezioni imparate non solo dai singoli, ma dall'organizzazione nel suo complesso;
- l'utilizzo delle nuove competenze accumulate per migliorare la qualità delle cure e la qualità della fornitura del servizio.

Questi elementi sono fondamentali per progredire verso la standardizzazione delle attività e dei processi e sono necessari per garantire un aspetto peculiare dei piani di cura: la possibilità di ottimizzare contemporaneamente l'efficienza (utilizzo ottimale delle risorse), l'efficacia (corretto coordinamento e interazione tra diversi fornitori di cure) e la centralità degli interventi sul paziente (consistente principalmente nel personalizzare l'uso delle risorse alle necessità del paziente invece che adattare la cura del paziente all'organizzazione esistente).

I piani di cura costituiscono la base sia per la reingegnerizzazione delle modalità di fornitura delle cure, che per la delega di processi e attività. I piani di cura infatti devono garantire sia la qualità tecnica delle attività prestate da diversi professionisti, sia il coordinamento delle attività stesse, il che permette di migliorare la qualità dei risultati. Tutte e tre le situazioni (fornitura delle cure, fornitura del servizio e delega dei processi e attività) richiedono una standardizzazione notevole dei criteri decisionali (a chi spetta la decisione o a chi può o deve essere delegata), una standardizzazione della modalità di raccolta dei dati, una definizione della selezione e dell'accesso ai dati (che cosa si deve registrare, dove si deve registrare, come e da parte di chi), e l'identificazione di chi deve farsi carico dei processi, delle attività e delle procedure.

■ LA STANDARDIZZAZIONE FLESSIBILE

Il termine "standardizzazione" è ancora legato per molti all'immagine del taylorismo e del toyotismo

ed evoca un mondo di burocrazia rigida, di eccesso di regole, di cocciuta ricerca di una perfezione spesso irrealizzabile.

Oltre alla standardizzazione di tipo tayloristico esiste tuttavia anche una standardizzazione di tipo "flessibile". Nel caso delle cure mediche, la standardizzazione "flessibile" consiste nella scelta di seguire una regola quando il suo uso è appropriato, ma di modificare la regola se è evidente che la sua applicazione non fornirebbe un vantaggio al paziente. La standardizzazione flessibile è sempre più necessaria in un mondo, come quello delle cure mediche, che spesso usa nelle sue decisioni aforismi ammuffiti e scelte abitudinarie e rituali che vengono frequentemente applicate in modo rigido e acritico.

L'esempio dei piani di cura rende applicabile il concetto di "standardizzazione flessibile", in quanto l'utilizzazione e la messa in pratica dei piani di cura impegna il professionista a verificare, ad ogni tappa del processo, se l'esito raggiunto possa essere utile o dannoso per il paziente singolo.

DALLE DECISIONI EPISODICHE ALLA PIANIFICAZIONE INTEGRATA

Nel caso delle cure tradizionali, dopo una lunga attesa di un appuntamento dal medico, il paziente deve aspettare un altro appuntamento per esami diagnostici, poi deve ritirare il referto, poi deve ritornare dal medico che lo ha visitato la prima volta, che deve visionare i referti. A questo punto si decide (ad esempio) di eseguire un intervento chirurgico, ma il paziente deve aspettare che si liberi un letto in chirurgia e uno spazio in sala operatoria. A volte, ottenuti l'appuntamento, il letto e il giorno dell'intervento, l'operazione viene rinviata per fare spazio a un intervento urgente (o che qualcuno si è dimenticato di inserire nella lista operatoria).

E l'odissea ricomincia, con l'amara beffa che la responsabilità di queste inutili attese viene regolarmente imputata alle "risorse scarse". Ma, anche se questo fosse vero (e raramente lo è), anche una robusta iniezione di risorse nuove non cambierebbe una virgola, in quanto il problema non è causato tanto dalla quantità di risorse, quanto dalla loro cattiva utilizzazione.

Nelle cure tradizionali le decisioni vengono prese episodicamente e momento per momento dal professionista singolo o da un gruppo di professionisti. In corsia, in sala operatoria, nell'attività ambulatoriale, in radiologia, in anatomia patologica, nella medicina di laboratorio ognuno è protagonista in proprio della "sua parte" di cura fornita e del modo nel quale la cura viene fornita. Le cure mediche non agiscono in modo trasversale e ordinato, ma operano in una sorta di "silos" che non comunicano tra di loro: i pazienti possono quindi

essere assegnati a uno o un altro "silo" in base alle caratteristiche del problema sanitario. Molte delle decisioni dei clinici (come ad esempio la richiesta di una TAC, di una colonscopia, di un esame di laboratorio, di una consulenza) vengono prese al momento (anche se spesso i sintomi del paziente sono presenti da vari giorni). Solo "a un certo momento" qualcuno si accorge che qualche cosa non va e che le decisioni prese in precedenza non sono adeguate a risolvere il problema del paziente. A questo punto però è necessario rivalutare la situazione clinica del paziente, approfondire le ricerche condotte e disporre di nuove. È curioso notare come in questi casi, purtroppo frequenti, non entrino in gioco la competenza o le regole professionali, ma solamente la presenza di un professionista che si pone delle domande (e propone delle risposte) relativamente alle cure prestate fino a quel momento e alla loro appropriatezza. Nei casi in cui le risorse umane e tecnologiche sono adeguate e i modelli organizzativi di fornitura delle cure sono di qualità sufficiente, il percorso attraverso un sistema di questo tipo può a volte essere portato avanti senza intoppi. Ma se le risorse sono insufficienti o mal usate e il sistema di fornitura delle cure non è sufficientemente standardizzato, è molto improbabile che il servizio fornito sia di buona qualità.

Un sistema come quello descritto all'inizio, organizzato per blocchi autonomi e poco governato, è estremamente fragile e viene facilmente messo in crisi dalla variabilità delle situazioni, dal mancato governo della domanda (si veda sopra il caso dell'intervento rimandato) o da momenti di contrazione della domanda.

L'adeguamento dell'offerta alla domanda è realizzabile, e non è facile che in un sistema governato dall'esterno (ossia dalla domanda) si riesca a cambiare facilmente la struttura dell'organizzazione. Un approccio più elegante per risolvere il problema della qualità della fornitura del servizio è costituito dall'affrontare il problema direttamente alla radice. Il modello di pianificazione integrata in uso nell'aviazione civile (*flight control model*) può servire da esempio: non si decolla fino a che non siano state garantite tutte le tappe successive (es. condizioni atmosferiche permettenti, possibilità di atterraggio, slot di sbarco).

Questo modello può essere facilmente applicato alle cure mediche: il paziente può essere preso in carico solo quando sono garantite e assicurate le

tappe del "viaggio" in ospedale: analisi e valutazioni preliminari, posto-letto, data e ora dell'intervento, data di dimissione e disponibilità di un luogo di convalescenza.

Il segreto della pianificazione integrata è semplice, e si fonda sul prevedere quello che è prevedibile. La pianificazione integrata è efficace (in quanto la standardizzazione delle attività e dei processi fornisce una garanzia di sicurezza), è riproducibile (in quanto si basa su attività semplici) e migliora notevolmente la fornitura del servizio e l'utilizzo delle risorse (in quanto riduce gli sprechi).

■ I PIANI DI CURA E L'ISTITUZIONE

A livello di istituzione la pianificazione basata sui piani di cura garantisce molti vantaggi:

- i piani di cura rendono più trasparente l'utilizzazione delle risorse;
- l'allocazione "casuale" degli appuntamenti per procedure (come ad esempio le prestazioni di laboratorio o di radiologia) viene meno in quanto, mediante i programmi di cura, la radiologia e gli altri servizi vengono facilitati nella pianificazione dell'attività;
- l'autonomia dei singoli non viene persa, ma viene trasformata in responsabilità di progettazione e di monitoraggio dei piani di cura;
- i piani di cura forniscono una notevole quantità di dati correlati (e quindi di informazioni) che possono essere utilizzati nella pianificazione, nel miglioramento delle attività e nella politica dell'istituzione;
- la necessità di una collaborazione diretta tra professionisti di aree diverse favorisce la diffusione trasversale delle conoscenze, grazie alla facilità di diffondere linee guida e protocolli;
- le informazioni raccolte dai processi di cura sono utili per misurare la performance dei piani di cura, per pianificare eventuali miglioramenti e possono rappresentare un prezioso modello di riferimento per la formalizzazione delle attività.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS (a cura di). To err is human: building a safer health system. Institute Of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2000
2. Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the quality chasm. A new Health System for the 21st Century. Institute Of Medicine. Washington, DC: National Academy Press, 2001