



**L'ospedale organizzato per intensità di cura:
l'esperienza toscana**

Carlo Palermo

Direttore Dipartimento Medicina – ASL 7 Siena

Anaao Position Statement

Ospedale Organizzato per Intensità di Cura

Modena 27/02/2015

Legge 40/2005 Regione Toscana e P.S.R. 2008/2010

- Nella **L.R. 40/2005 (Art. 68)** si esprime l'auspicio della *“strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica”*.
 - **P.S.R. 2008-2010 (5.4.1)** Nel periodo di vigenza del piano, tenuto conto della complessità e della portata innovativa del progetto, si ritiene di estendere ad ogni Azienda Sanitaria la sperimentazione del modello di organizzazione per intensità di cura in modo da verificarne l'efficacia.
 - **P.S.R. 2008-2010 (5.4.1)** Il nuovo ospedale promuove un approccio incentrato sul bisogno del singolo, garantendo assistenza continua e personalizzata, percorsi multiprofessionali e multidisciplinari nonché riferimenti sanitari certi ed appropriatezza d'uso delle risorse. Le strutture organizzative titolari di funzioni operative restano dotate di piena responsabilità e autonomia tecnico-professionale ma è previsto per esse il progressivo superamento del reparto differenziato secondo discipline
-

Le news di inizio 2015

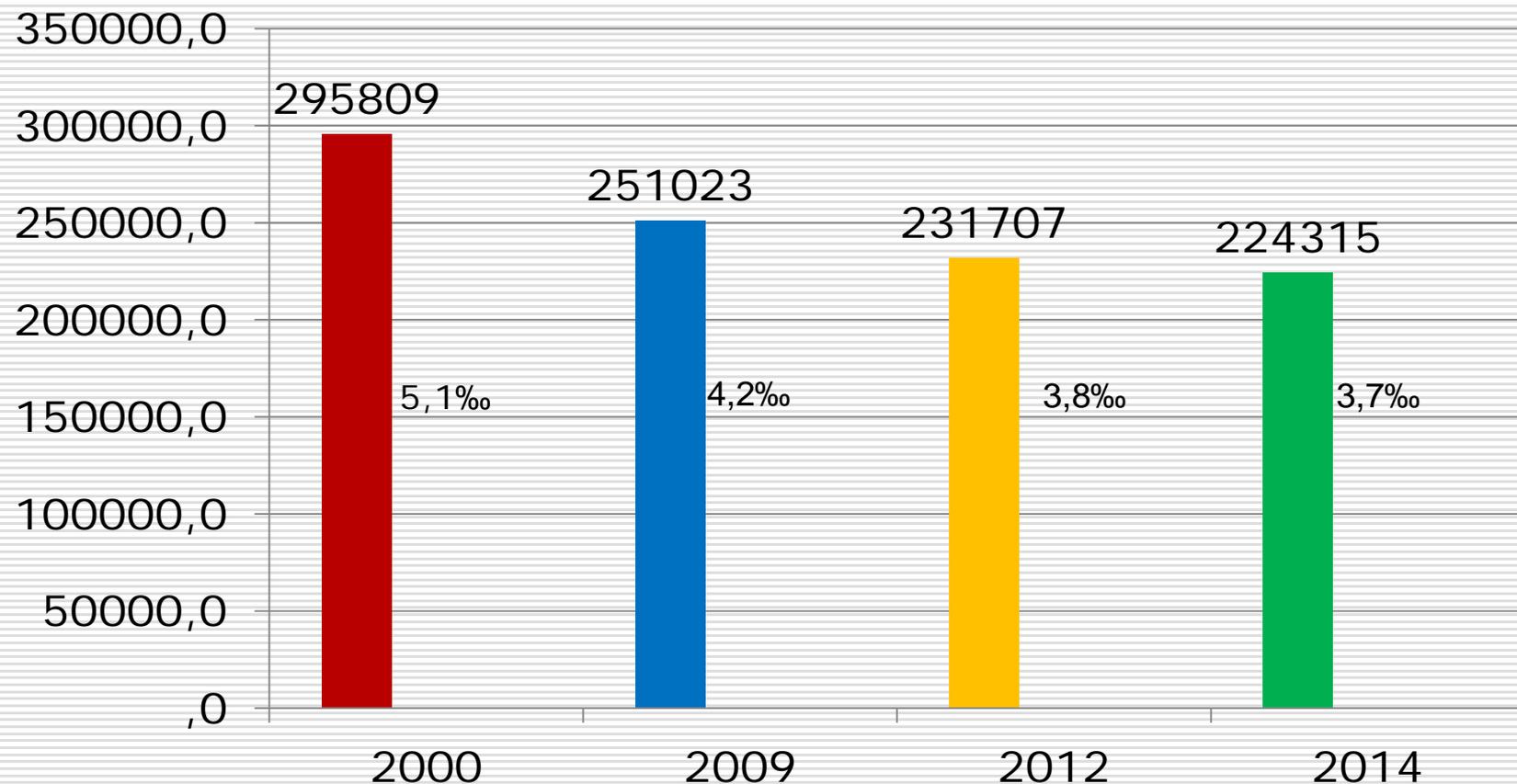
□ Il Tirreno 12/02/2015 (Grosseto)

- I dottori del «Misericordia»: «Collasso prevedibile»
 - L'area medica lavora con un indice di occupazione dei posti letto al 110%
 - I pazienti di area medica sono spalmati su almeno 8 setting di ricovero e 6 piani diversi

□ La Nazione 12/02/2015 (Pistoia-Montecatini)

- Liste d'attesa, personale e posti letto. «E' emergenza. I tagli non vanno fatti»
 - La CGIL lancia l'ennesimo appello alla politica: «Bisogna cambiare subito marcia»
 - «Qui abbiamo bisogno di spazi e non di livelli appropriati. I tre livelli di intensità di cura saltano se non ci sono posti letto per ricoverare i pazienti»
-

Riduzione dei posti letto ospedalieri dal 2000 al 2014



Riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera

«Spending review»

	POSTI LETTO AL 1 GENNAIO 2012			POSTI LETTO DOPO SPENDING REVIEW			DIFFERENZA		
	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE	ACUTI	POST-ACUTI	TOTALE
PIEMONTE	13.706	4.595	18.301	14.155	3.303	17.458	449	-1.292	-843
VALLE D'AOSTA	450	8	458	363	85	448	-87	77	-10
LOMBARDIA	31.938	8.030	39.968	30.512	7.119	37.631	-1.426	-911	-2.337
P.A. BOLZANO	1.795	305	2.100	1.436	335	1.771	-359	30	-329
P.A. TRENTO	1.751	510	2.261	1.533	358	1.890	-218	-152	-371
VENETO	16.125	2.784	18.909	14.900	3.477	18.377	-1.225	693	-532
FRIULI V.G.	4.679	389	5.068	3.989	931	4.919	-690	542	-149
LIGURIA	5.677	742	6.419	5.442	1.270	6.712	-235	528	293
EMILIA ROMAGNA	16.673	3.958	20.631	14.666	3.422	18.088	-2.007	-536	-2.543
TOSCANA	12.301	1.272	13.573	12.195	2.845	15.040	-106	1.573	1.467
UMBRIA	2.827	323	3.150	2.921	682	3.603	94	359	453
MARCHE	5.293	810	6.103	4.867	1.136	6.003	-426	326	-100
LAZIO	18.734	4.307	23.041	17.090	3.988	21.078	-1.644	-319	-1.963
ABRUZZO	4.234	699	4.933	4.026	939	4.965	-208	240	32
MOLISE	1.146	330	1.476	1.047	244	1.291	-99	-86	-185
CAMPANIA	16.963	1.684	18.647	15.253	3.559	18.812	-1.710	1.875	165
PUGLIA	12.326	1.490	13.816	11.436	2.669	14.105	-890	1.179	289
BASILICATA	1.804	357	2.161	1.697	396	2.093	-107	39	-68
CALABRIA	6.327	902	7.229	5.387	1.257	6.644	-940	355	-585
SICILIA	15.036	1.879	16.915	14.118	3.294	17.412	-918	1.415	497
SARDEGNA	6.137	411	6.548	4.846	1.131	5.976	-1.291	720	-572
TOTALE ITALIA	195.922	35.785	231.707	181.879	42.438	224.318	-14.043	6.653	-7.389

Posti letto nei Paesi UE

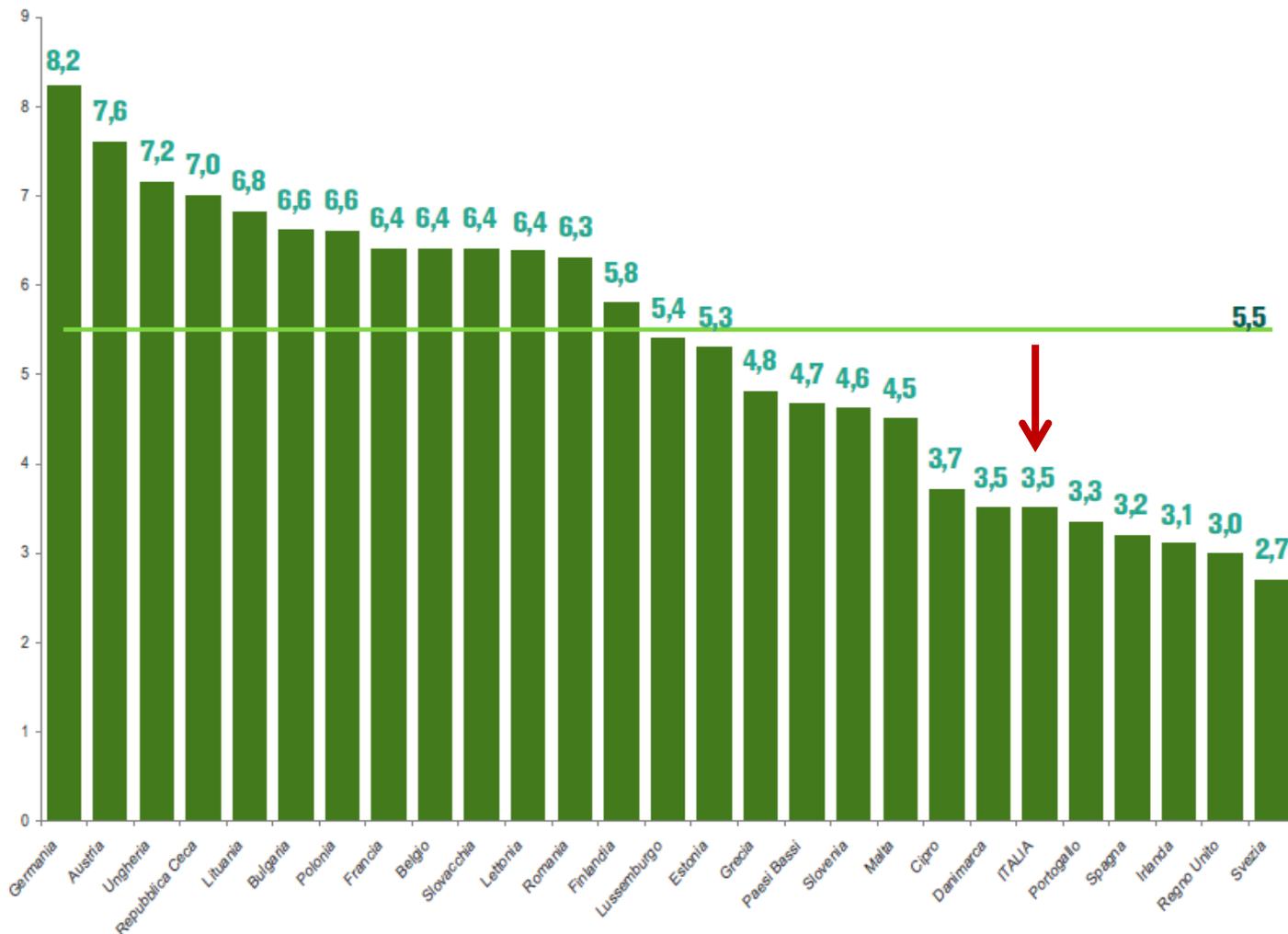
Posti letto nei paesi Ue

Anno 2010
(a) (b)
(per 1.000 abitanti)

Fonte: Eurostat, Public health

(a) I dati si riferiscono al settore pubblico e a quello privato. Il denominatore utilizzato per il calcolo dell'indicatore dei posti letto per abitante è la popolazione residente al 1° gennaio.

(b) Per Bulgaria, Grecia, Paesi Bassi si riporta il dato 2009. I dati del Portogallo sono stime, i dati del Regno Unito presentano una discontinuità nella serie.



Personale in calo: quasi 24mila in meno negli ultimi 4 anni

- ❑ Nel Servizio sanitario nazionale, nel 2013, risultano impiegate 670.240 unità di personale, di cui 616.214 a tempo pieno e 54.026 part time.
 - ❑ Negli ultimi anni si è assistito anche ad un calo del personale del Ssn, spesso causato dal blocco del turnover nelle Regioni in Piano di rientro.
 - ❑ Dal 2009, con la crisi, al 2013 gli occupati nel Servizio sanitario nazionale sono diminuiti di **23.476 unità**.
 - ❑ Gli uomini sono 232.187 e le donne 438.053.
 - ❑ Nel 2013 rispetto al 2012 si registra un calo di 3.175 unità (- 0,5%)
 - ❑ Per il 2014 le previsioni non sono rosee: dovrebbe proseguire il trend negativo con un ulteriore calo dello **0,59%**.
-

LA NUOVA FILOSOFIA ORGANIZZATIVA

Organizzazione storica dell'ospedale e possibili criticità

- ❑ Costruito intorno alle specialità
 - ❑ Subottimizzazione delle strutture (tassi di occupazione bassi; degenze prolungate; letti in appoggio etc)
 - ❑ Intensità di cura "media" per bisogni differenti
 - ❑ Assistenza infermieristica e tecnica non sufficientemente valorizzata
 - ❑ Variabilità tra i professionisti
 - ❑ *Sovraffollamento e/o inappropriatezza*
 - ❑ *Lunghe attese*
 - ❑ *Relazioni informali al posto di quelle strutturate organizzate*
 - ❑ *Interferenza tra percorsi di urgenza e di elezione*
 - ❑ *Scarsa integrazione tra professionisti; flussi interni organizzati per disciplina*
 - ❑ *Disconnessione con i servizi del territorio*
 - ❑ *Percezione di scarso coordinamento da parte dei pazienti e dei loro familiari*
-

Ospedale centrato sui bisogni del paziente

- Essere curato efficacemente
- Essere curato tempestivamente
- Essere curato in sicurezza

Ma anche...

- Essere preso in carico da un riferimento certo
 - Avere informazioni sullo sviluppo del proprio percorso di cura
 - Avere coordinamento, integrazione, continuità fra le fasi del percorso
 - Essere ascoltato, rassicurato, accolto
 - Comfort, privacy e tutela della dignità
 - Percepire omogeneità ed equità nell'accesso e nella fruizione dei servizi
-

Ospedale centrato sui bisogni del paziente: risposte

- ❑ Ciascun paziente indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi, per favorire l'appropriatezza nell'uso delle strutture ed un'assistenza continua personalizzata (raggruppamento dei pazienti in base a bisogni omogenei)
 - ❑ Superare le mura tra U.O specialistiche (integrazione delle risorse)
 - ❑ Favorire l'integrazione tra i clinici (dipartimenti, lavoro per team)
 - ❑ Mettere il paziente al centro della struttura e organizzare l'assistenza per intensità di cura (ridisegnare una nuova logistica)
 - ❑ Ridisegnare i meccanismi organizzativi (liste d'attesa, dimissioni, percorso chirurgico ecc.) e sviluppare nuovi ruoli manageriali
-

Un sistema sanitario diventa efficace, efficiente ed equo se riesce a bilanciare:

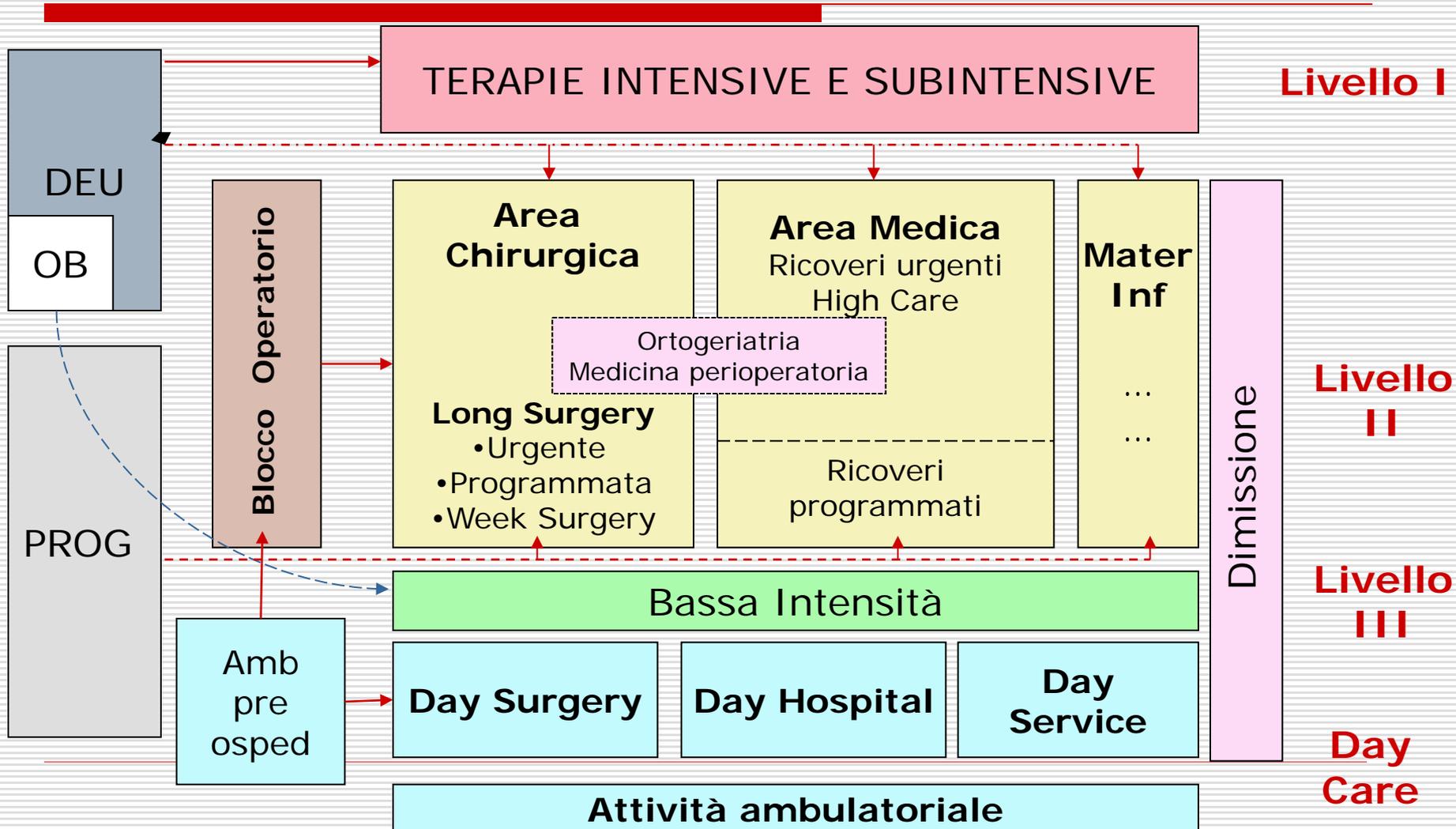
- ❑ **L'intensività delle cure** (tipica dell'ospedale) con **l'estensività assistenziale** (ovvero la presa in carico dei pazienti, la continuità delle cure tipica dei servizi territoriali: medici di famiglia, cure primarie, salute mentale, sert, etc)
- ❑ **L'accentramento dei servizi ospedalieri** (per garantire oltre all'efficienza, più qualità e sicurezza per i pazienti) e il **decentramento dei servizi di base** (per garantire migliore accessibilità e maggiore vicinanza ai bisogni dei pazienti più vulnerabili)
- ❑ Il paradigma dell'**attesa** (tipico dei servizi ospedalieri a cui si rivolgono pazienti acuti) e il paradigma dell'**iniziativa** (tipico delle attività di prevenzione e dell'assistenza ai pazienti cronici)

Cosa significa graduare l'intensità di cura per ogni singolo paziente

- Rispondere in modo diverso
 - Per tecnologie
 - Per competenze
 - Per quantità e qualità del personale assegnato

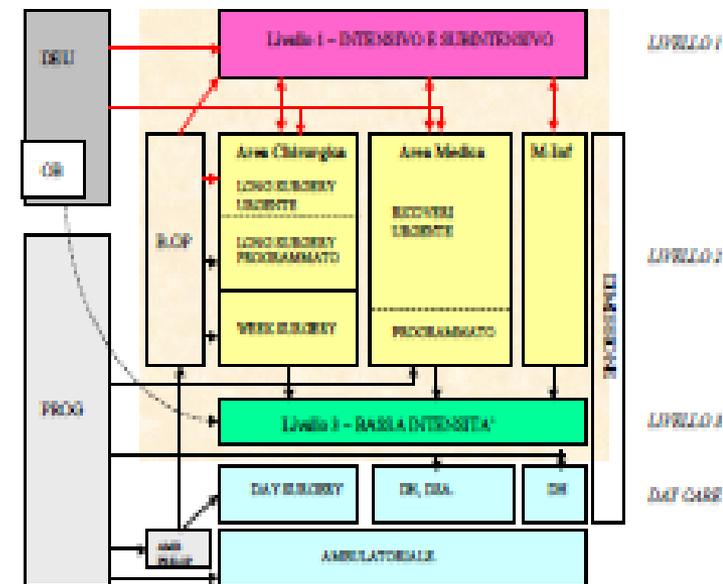
 - Ai diversi gradi
 - Di instabilità clinica
 - Di complessità assistenziale
-

Ospedale organizzato per intensità di cure



Ospedale organizzato per intensità di cure

- ❑ Blocchi funzionali uniformi per tipologia e livello di cure prestate, dove insistono in modo paritario e integrato le diverse unità organizzative professionali specialistiche
- ❑ Ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne



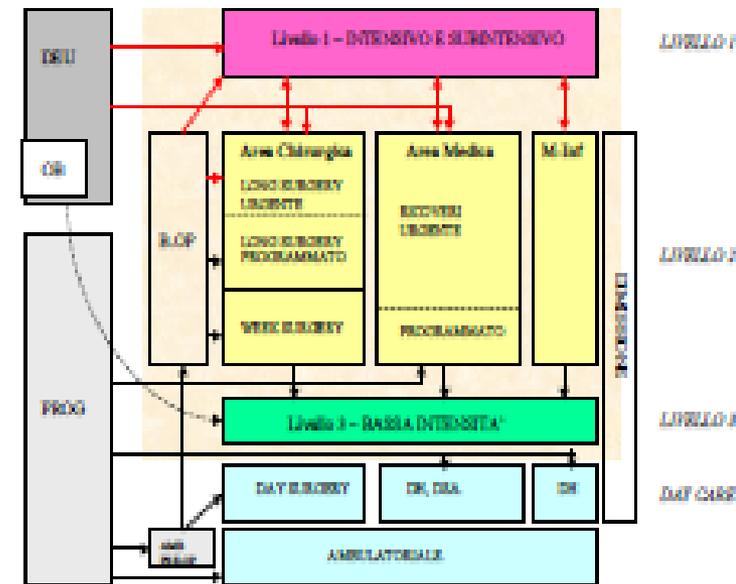
Ospedale organizzato per intensità di cure

□ CONGRUENZA VERTICALE

Livello di cura e assistenza appropriato al bisogno

□ INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

Gli specialisti intervengono sui pazienti "ovunque essi siano", si favorisce la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi

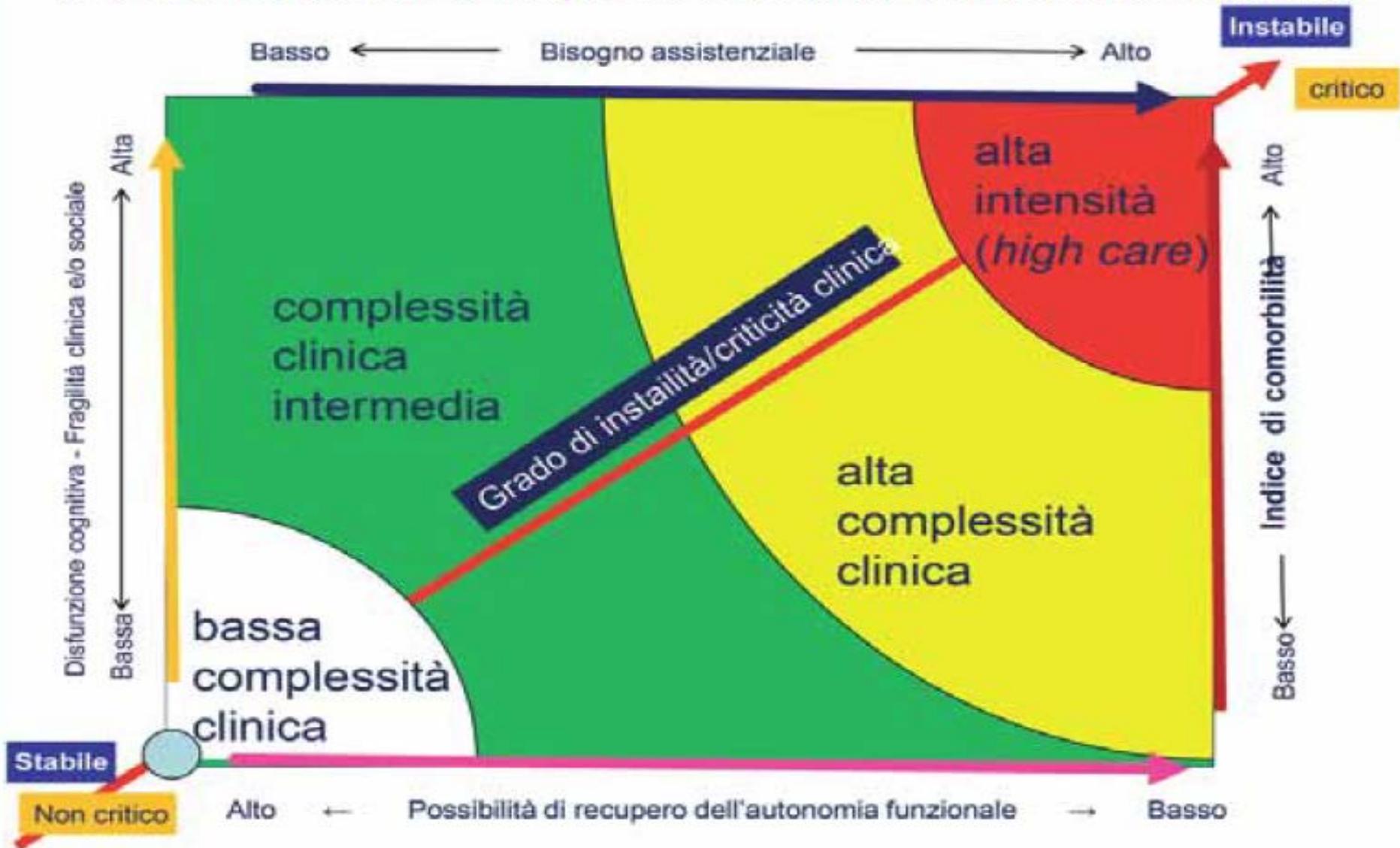


Criteria di attribuzione al livello di cura specifico

- **Livelli di gravità o instabilità clinica** (associata alla alterazione di determinati parametri fisiologici come frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, ecc.)
- **Gradi di complessità assistenziale sia medica che infermieristica** (associata al livello di monitoraggio ed intervento richiesto)

La risposta a tali diversità deve essere graduata per intensità di cura, in **setting omogenei per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato**. Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la **similarità dei bisogni e dell'intensità di cure richieste** piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica

I 5 assi che definiscono la complessità assistenziale clinica in Medicina Interna



Modified Early Warning Score

	3	2	1	0	1	2	3
FC/m		< 40	41-50	51/100	101/110	111/130	> 131
PAS	< 70	71/80	81/100	101/160	181/200	201/220	> 220
FR/min		< 9		9/14	15/20	21/29	≥30
Vigilanza	U	P	V	A	Agitato Confuso		
T°		< 35		35,1/38,4		≥38,5	

Paziente stabile	Mews 0 – 2
Paziente instabile	Mews 3 – 4
Paziente critico	Mews ≥5

Complessità assistenziale: Ray Score

1. Mobilità
2. Respirazione
3. Medicazioni
4. Diuresi
5. Alvo
6. Stato di coscienza
7. Dolore

Per ogni parametro sono previsti
4 livelli di complessità con punteggio
1-3-8-10.

Punteggio minimo **7**

Punteggio massimo **70**

Disfunzione cognitiva –
Fragilità clinica e/o sociale

	Paziente stabile	Paziente a rischio di instabilità	Paziente instabile
Elevato carico assistenziale	Lungo Degenza Setting Paziente Fragile	High care	Intensiva
Medio carico assistenziale	Media intensità	High care	Subintensiva
Basso carico assistenziale	Degenza breve; DH/DS Domicilio	High care Media intensità	

Indice di comorbidità

Incremento del livello di cura in base alle esigenze del paziente acuto

- Reparto a media intensità
 - Area con possibilità di monitoraggio, rischio di deterioramento clinico, alterazioni di alcuni parametri vitali
 - Area subintensiva per insufficienza di un solo organo o pazienti in fase postoperatoria
 - Terapia intensiva, supporti per insufficienza multiorgano e supporto respiratorio avanzato
-

Il modello poggia su un ruolo importante di filtro del DEU

- ❑ Il DEU **stratifica clinicamente** il paziente e lo invia al livello che gli compete.
- ❑ I termini e i confini della presa in carico da parte del DEU e le indicazioni all'invio nell'area di degenza appropriata devono essere oggetto di discussione con i Direttori dei Dipartimenti e portare alla **stesura di protocolli condivisi**. Se l'aspetto prevalente è la complessità polipatologica, la competenza è da attribuire alla Medicina Interna o a disciplina equipollente.
- ❑ Il DEU necessita di posti letto con due finalità: **0-4 ore** fase prediagnostica e di stabilizzazione; **4-24 ore** osservazione e trattamento in presunzione di dimissione.
- ❑ Altrettanto importanti i percorsi per codici bianchi e azzurri e gli altri tipi di accessi da gestire con modalità ambulatoriali.

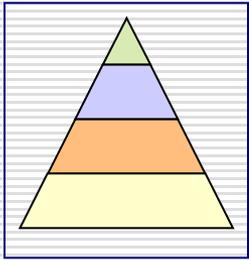
Livello 1: centralizzazione e cura dell'instabilità clinica

- Il Livello 1 deve essere centralizzato e polivalente
- Opportuna una adiacenza logistica di tutti i letti di Livello 1 per avere maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse, ma anche l'integrazione delle competenze.
- Presidiare adeguatamente l'accesso alle TI ed alle subintensive: il nuovo modello deve tendere a superare quella percentuale oggi alta di **inappropriatezza** (30-35% - Istituto Mario Negri, Progetto Margherita, Rapporto 2005, Sestante edizioni, Bergamo)

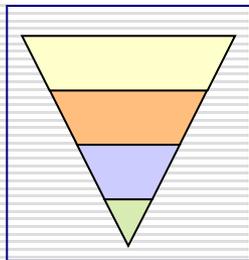
Livello 2: differenziazione della casistica e problemi organizzativi

- ❑ Nel Livello 2 va a confluire la gran parte della casistica, che continua a presentare al suo interno importanti elementi di **differenza di complessità medica ed infermieristica** (severità clinica, instabilità/stabilità, complessità assistenziale → 15% con Mews 3-4).
- ❑ **Esistono diverse soluzioni organizzative per fronteggiare questa forte variabilità interna al Livello 2.** Non è ancora chiaro quali siano le migliori:
 - se sia necessario individuare moduli a più alta intensità (2A e 2B)
 - o layout per patologia (esempi: ictus, scompenso NYHA III-IV),
 - oppure se non sia sufficiente una appropriata erogazione dell'assistenza.
- ❑ In ogni caso la previsione del tasso di occupazione dei P.L. dovrà essere < 85%
- ❑ L'assegnazione del paziente a livelli sempre più fini od a layout particolari è una tendenza che deve comunque temperarsi anche con una **chiara esigenza del paziente, che è quella di ridurre al minimo i trasferimenti interni** (data anche la degenza sempre più breve).
- ❑ **L'importanza di misurare la complessità clinico/assistenziale**

Intensità di cura "sfasata" per bisogni differenti

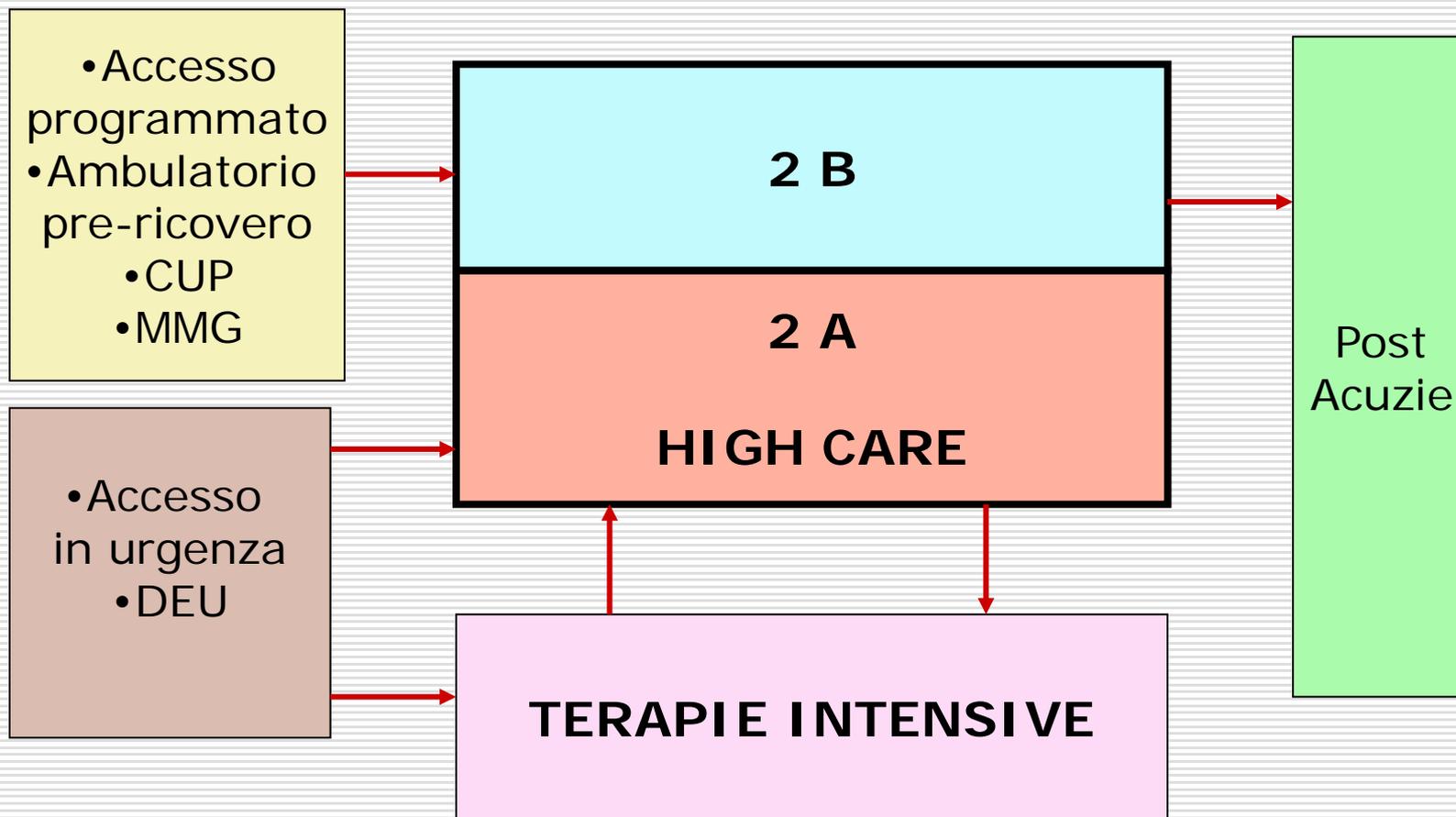


Effetto tetto: un soggetto con elevati bisogni inserito in un sistema a bassa offerta tende a stressare il sistema ed ottenere una quota di assistenza maggiore degli altri utenti, ma inferiore a quella che richiederebbe in un sistema con idonea organizzazione



Effetto pavimento: un soggetto con modesti bisogni inserito in un sistema ad offerta alta riceve una quota di assistenza superiore a quella che riceverebbe se inserito in un sistema a bassa offerta

Il nuovo layout dell'area medica



Livello 2: area chirurgica e sviluppo della week surgery

- ❑ Ingegnerizzazione del processo a tre stadi del paziente chirurgico: pre-ospedalizzazione, fase operatoria, fase postoperatoria
 - ❑ Riservare una parte degli interventi e dei letti di degenza a casi che è possibile risolvere in 4-5 gg, consentendo la chiusura di questa area nel fine settimana
 - ❑ Il modello implica una forte revisione della programmazione della pre-ospedalizzazione e dell'utilizzo delle sale operatorie
 - ❑ E' necessario prevedere un reparto ordinario vicino per assorbire gli imprevisti
 - ❑ Monitoraggio di questa attività attraverso indicatori ad hoc
 - ❑ Ortogeriatría; Medicina perioperatoria
-

Livello 3

- Si configura come un livello di minore assistenza (low care)
- E' un livello comunque gestito interamente dal personale ospedaliero (diverso quindi dall'Ospedale di Comunità). Vi è bisogno di ulteriore approfondimento per capire l'effettivo utilizzo di questo livello; in particolare è da valutare se non si possano generare "effetti non voluti" (ulteriore trasferimento per il paziente, incentivo a presa in carico più lenta da parte del territorio) e quale sia l'integrazione e sovrapposizione con l'area delle cosiddette "cure intermedie".

Criticità

**LE RELAZIONI
INTERPROFESSIONALI**

Modello organizzativo e integrazione dei professionisti

Area Funzionale = livello ottimale per **principali funzioni gestionali**
(gestione Letti o "bed management", gestione risorse),

Responsabile di Area

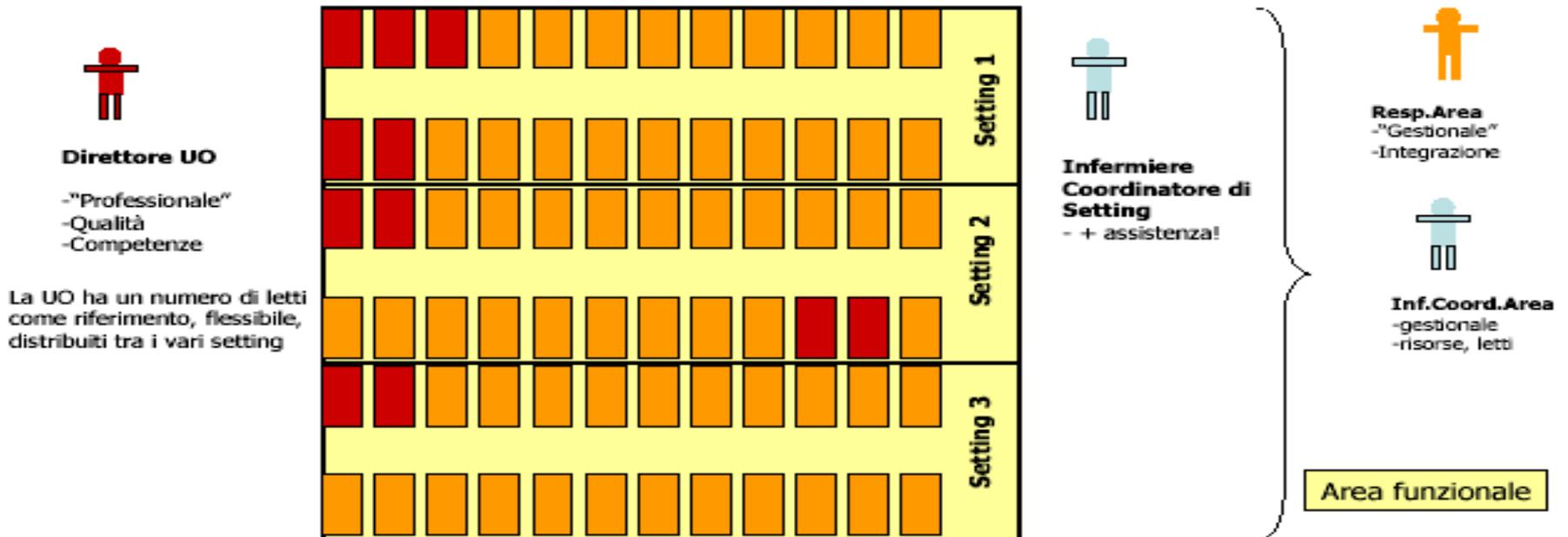
Infermiere Coordinatore di Area.

Unità operative = **funzioni di linea professionale**

(garanzia e sviluppo delle competenze cliniche, presidio dei percorsi e di una pratica evidence-based).

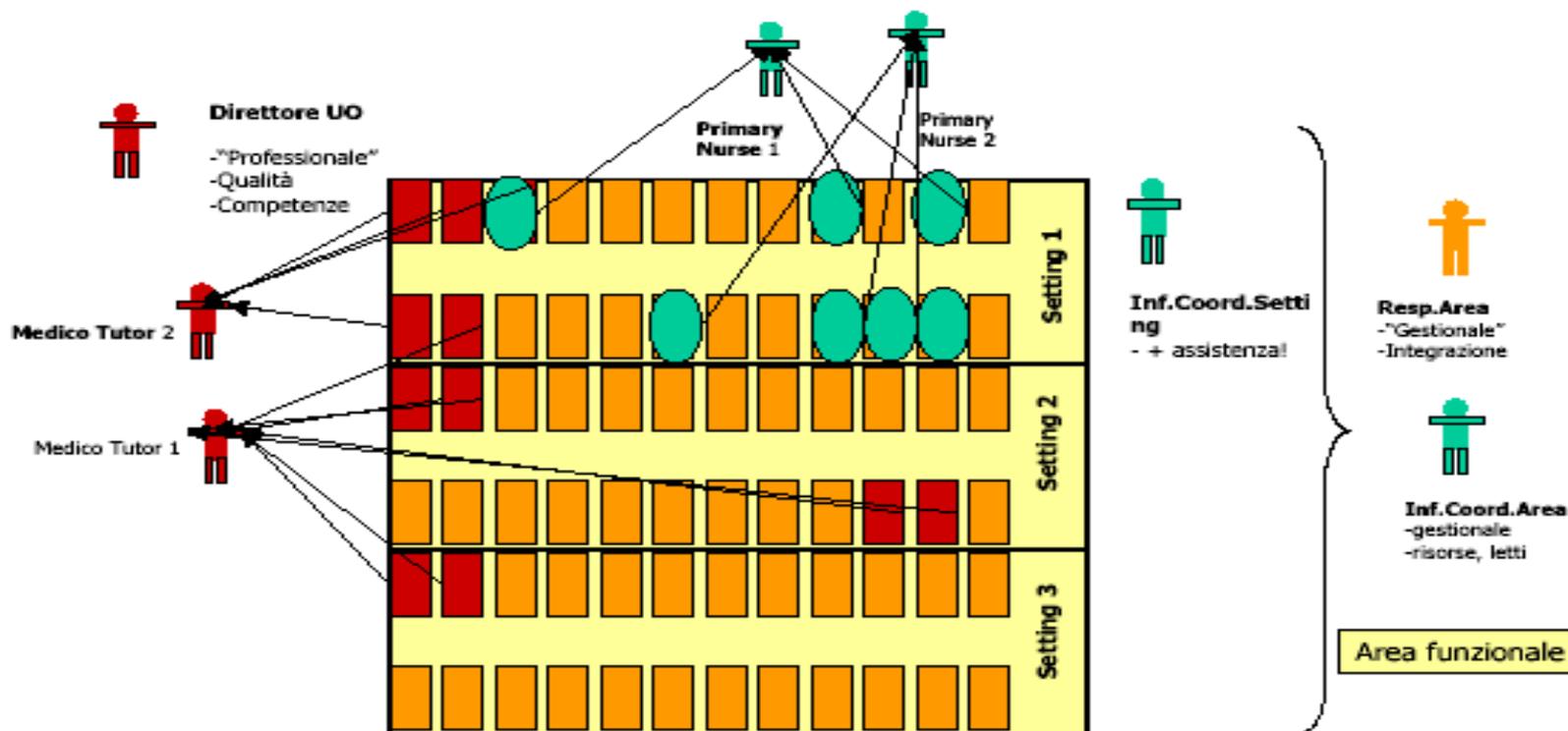
Direttore UO

Coordinatore infermieristico



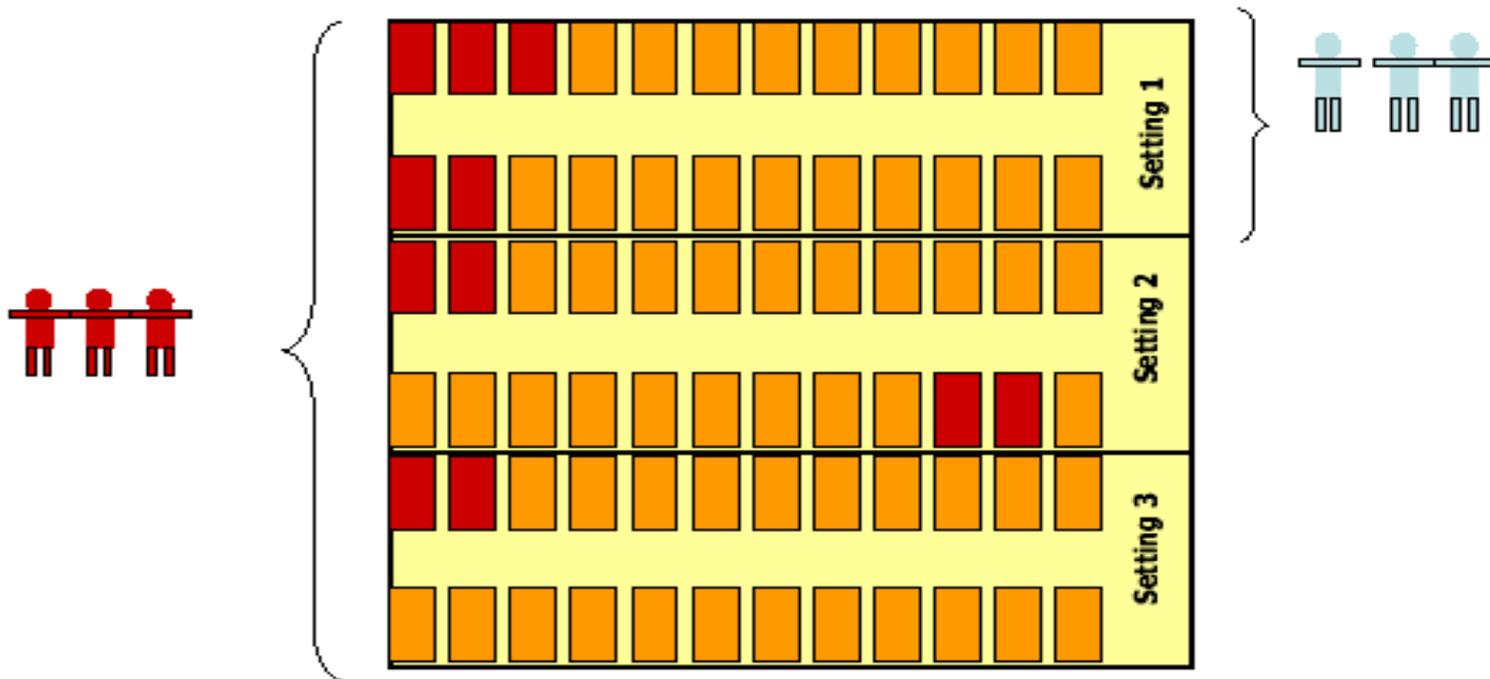
Competenze ed integrazioni dei professionisti

A livello dell'**interfaccia diretta con il paziente** emerge la necessita' di una evoluzione della tradizionale modalita' di presa in carico sia da parte del Medico che da parte dell'Infermiere



Competenze ed integrazioni dei professionisti

Cambia la relazione tra team medico e team infermieristico.
Si evidenzia piu' chiaramente che il processo di **CURA** ed il processo **ASSISTENZA** sono distinti anche se interdipendenti.
Lo spettro di competenze "tecniche" richieste al personale infermieristico allarga



Nuovo ruolo assistenziale dell'infermiere e possibili criticità

- Assume maggiore responsabilità sui risultati globali dell'assistenza
- Conoscenza più approfondita del singolo caso
- Maggiore responsabilità nell'organizzazione delle proprie attività
- Collabora con le altre figure professionali in modo più attivo e consapevole
- Il superamento della responsabilità per compiti corrisponde realmente ad una definizione personale delle responsabilità?
- Il modello è quello delle responsabilità per settori?
- Viene definito l'infermiere case manager?
- La responsabilità viene definita per singoli atti o per il processo complessivo dell'assistenza?
- Se tutti gli infermieri sono responsabili chi ha la responsabilità del singolo caso e degli esiti dell'assistenza?
- Esiste un infermiere responsabile del caso che sia di riferimento per il paziente e la famiglia?

Bozza di accordo ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs 281/1997 tra Governo, Regioni e Province Autonome

- Le regioni e le province autonome, previo confronto con le rappresentanze professionali e sindacali, definiscono, all'interno del processo di accreditamento professionale, **i criteri per lo sviluppo delle competenze degli infermieri e la conseguente revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali**, a iniziare **dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure** e dai modelli per complessità assistenziale in relazione alle esigenze regionali e professionali.
 - Con riferimento al comma 2, le regioni e le province autonome, sulla base di una specifica intesa con le rappresentanze sindacali e professionali, definiscono, **in collaborazione con l'università**, entro 180 giorni dall'approvazione del presente Accordo, i percorsi attuativi e i criteri per riconoscere pregresse specifiche esperienze, nonché i percorsi formativi da **effettuarsi in ambito regionale o aziendale**, anche ai fini dell'attribuzione dei crediti formativi universitari (CFU).
-

Criticità

**UNA LOGISTICA
ADEGUATA**

Organizzazione verticale baricentrata sulle U. O.

U.O. 1

U.O. 2

U.O. 3

U.O. N

p. l.

p. l.

p. l.

p. l.

Ambu.

Ambu.

Ambu.

Ambu.

S. O.

S. O.

S. O.

S. O.

Inf.

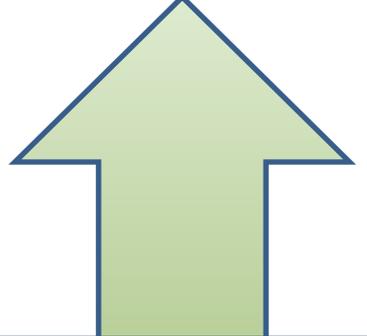
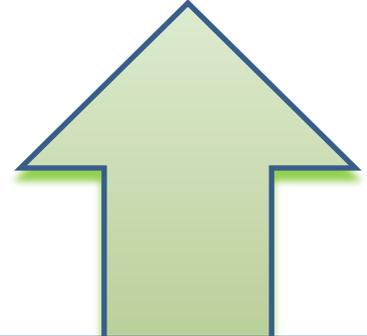
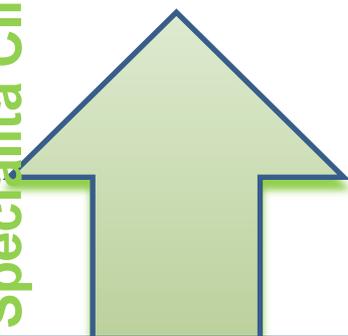
Inf.

Inf.

Inf.

Passaggio ad una organizzazione orizzontale basata sul principio della condivisione delle risorse

Specialità Cliniche

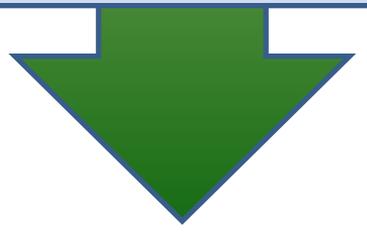


Piattaforme ambulatoriali

Aree di degenza

Terapia Intensiva

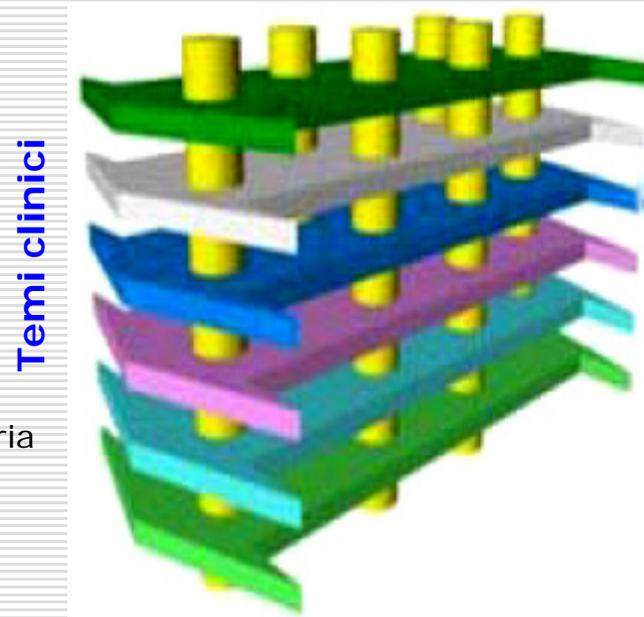
Sale Operatorie



Erasmus Medical Centre (Rotterdam, Olanda)

Il nuovo modello organizzativo delle cure si poggia sul principio della separazione del controllo delle risorse strutturali dal controllo del processo clinico in modo tale da poter rifocalizzare le professionalità del medico sull'efficacia della cura e sul rapporto con il paziente. I Dipartimenti clinici sono stati così riorganizzati in temi clinico - assistenziali con l'idea di ricomprendere tutte le fasi del percorso di cura rispetto a categorie omogenee di pazienti.

Arete produttive



Temi clinici

Sale operatorie

Terapia intensiva

Area di degenza

DH/DS

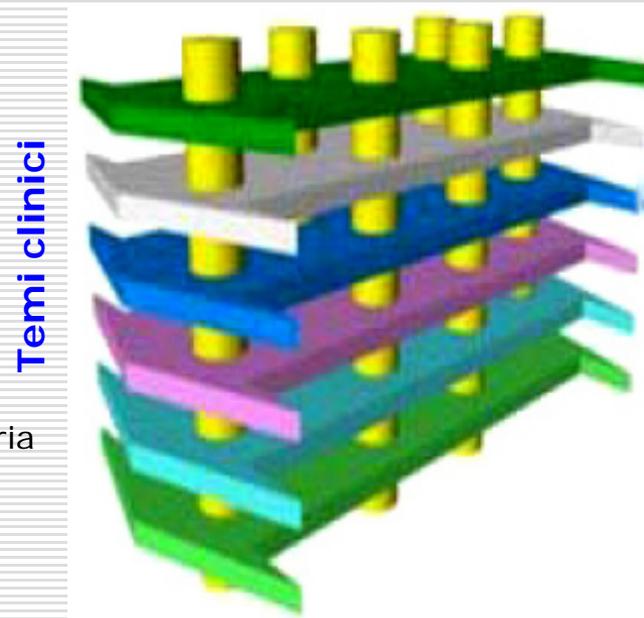
Ambulatori

- Tema 1: Neurologia, Neurochirurgia, Psichiatria
- Tema 2: Oncologia, Ematologia, Radioterapia
- Tema 3: Chirurgia generale, Dermatologia, Medicina Interna, Nefrologia, Gastro-Enterologia, Reumatologia
- Tema 4: Anestesiologia, Chirurgia maxillo-facciale, Ortopedia, Chirurgia plastica
- Tema 5: Cardiologia, Pneumologia, Chirurgia Cardiotoracica
- Tema 6: Pediatria, Chirurgia pediatrica, Psichiatria pediatrica, Odontoiatria, Ginecologia Ostetricia, Urologia

Erasmus Medical Centre (Rotterdam, Olanda)

Nello spirito del nuovo modello logistico organizzativo i temi clinici non rappresentano strutture ospedaliere a se stanti. L'obiettivo è di realizzare un'organizzazione modulare e flessibile capace, se necessario, di riallocare risorse e spazi a seconda dell'evoluzione della domanda. La gestione e programmazione delle aree produttive (posti letto, sale operatorie, piastra ambulatoriale...) è tolta alla responsabilità dei singoli temi e gestita in modo accentrato

Aree produttive



Sale operatorie

Terapia intensiva

Area di degenza

DH/DS

Ambulatori

- Tema 1: Neurologia, Neurochirurgia, Psichiatria
Tema 2: Oncologia, Ematologia, Radioterapia
Tema 3: Chirurgia generale, Dermatologia, Medicina Interna, Nefrologia, Gastro-Enterologia, Reumatologia
Tema 4: Anestesiologia, Chirurgia maxillo-facciale, Ortopedia, Chirurgia plastica
Tema 5: Cardiologia, Pneumologia, Chirurgia Cardiotoracica
Tema 6: Pediatria, Chirurgia pediatrica, Psichiatria pediatrica, Odontoiatria, Ginecologia Ostetricia, Urologia

Criticità

**NO ALLA
DESTRUTTURAZIONE
DELLE UU.OO. E DEI
DIPARTIMENTI**

L'U.O. ospedaliera

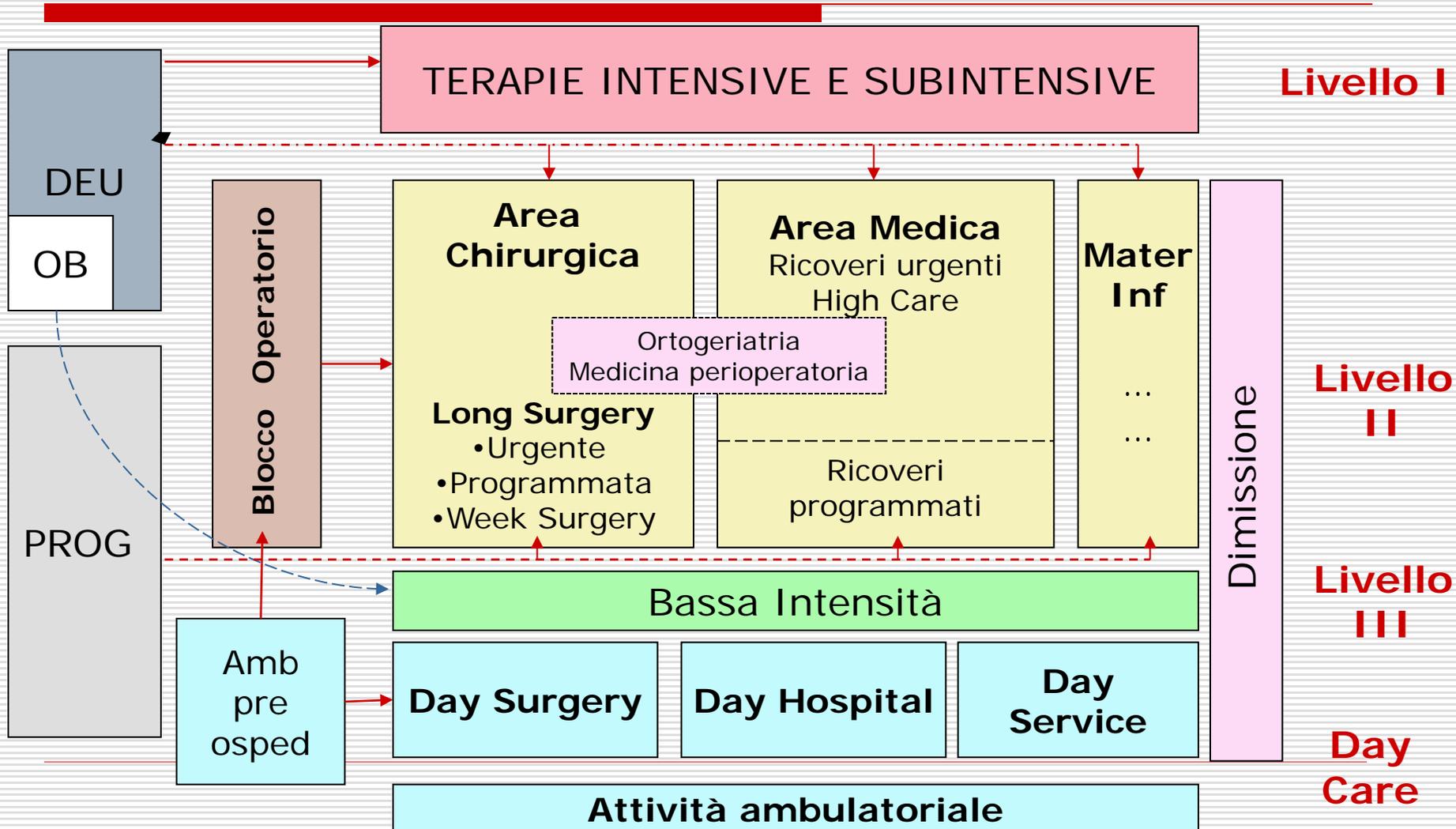
I reparti non sono catene di montaggio ma sistemi complessi dove etica, relazioni umane e professionali, tecnica, scienza, economia, organizzazione si mischiano per raggiungere faticosamente un equilibrio che va presidiato e mantenuto quotidianamente con un impegno costante.

La rete Ospedaliera Toscana

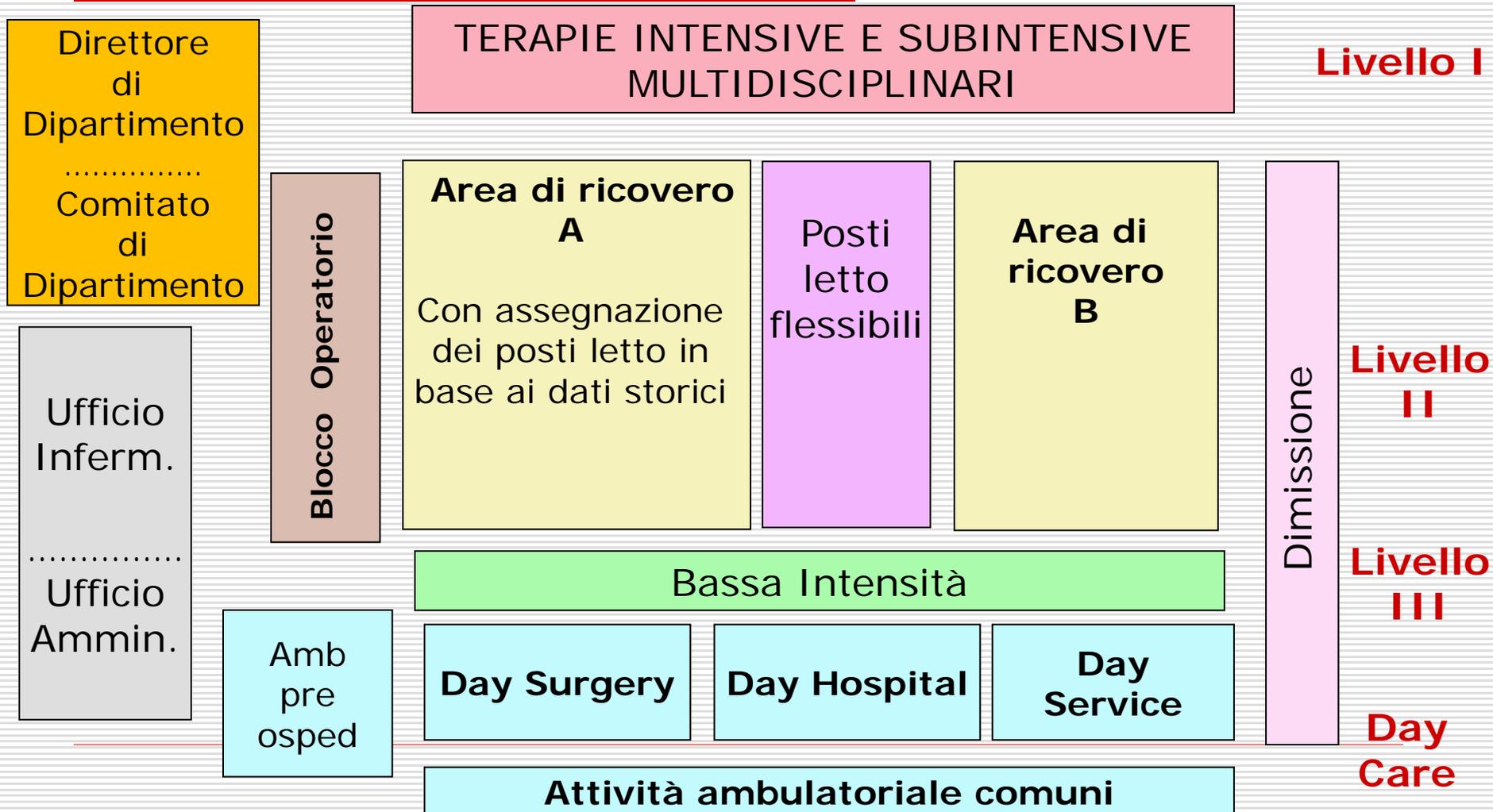
PSSRI 2010-2015

- ❑ Ospedale di prossimità (< 50.000 popolazione di riferimento; < 50 p.l.)
 - ❑ Ospedale di base (70.000-150.000 popolazione di riferimento; tra 100 e 200 p.l.)
 - ❑ Ospedale di I° livello (150.000-300.000 popolazione di riferimento; posti letto tra 200 e 500)
 - ❑ Ospedale di II° livello (ogni 600.000-1.200.000 abitanti)
-

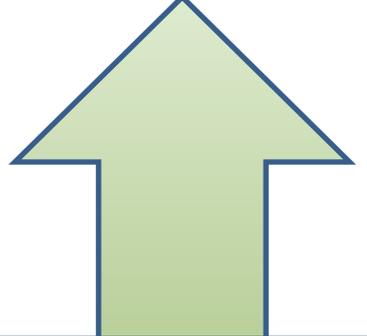
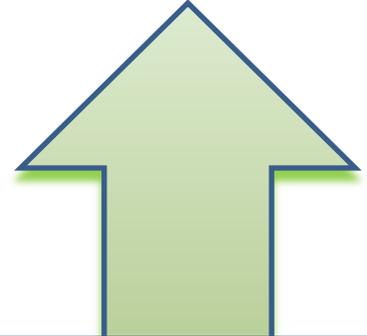
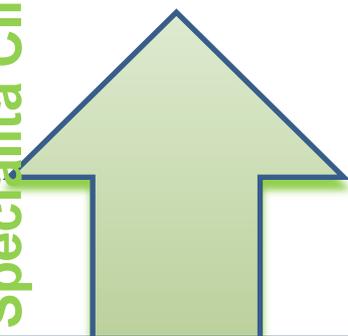
Ospedale zonale organizzato per intensità di cure



Ospedale provinciale e regionale: il Dipartimento gestionale come modello organizzativo per l'intensità di cura



Specialità Cliniche



Piattaforme ambulatoriali

Aree di degenza

Terapia Intensiva

Sale Operatorie

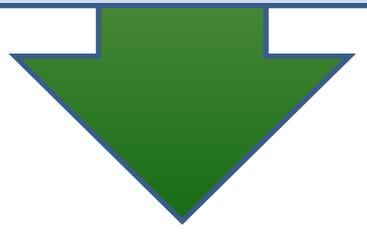
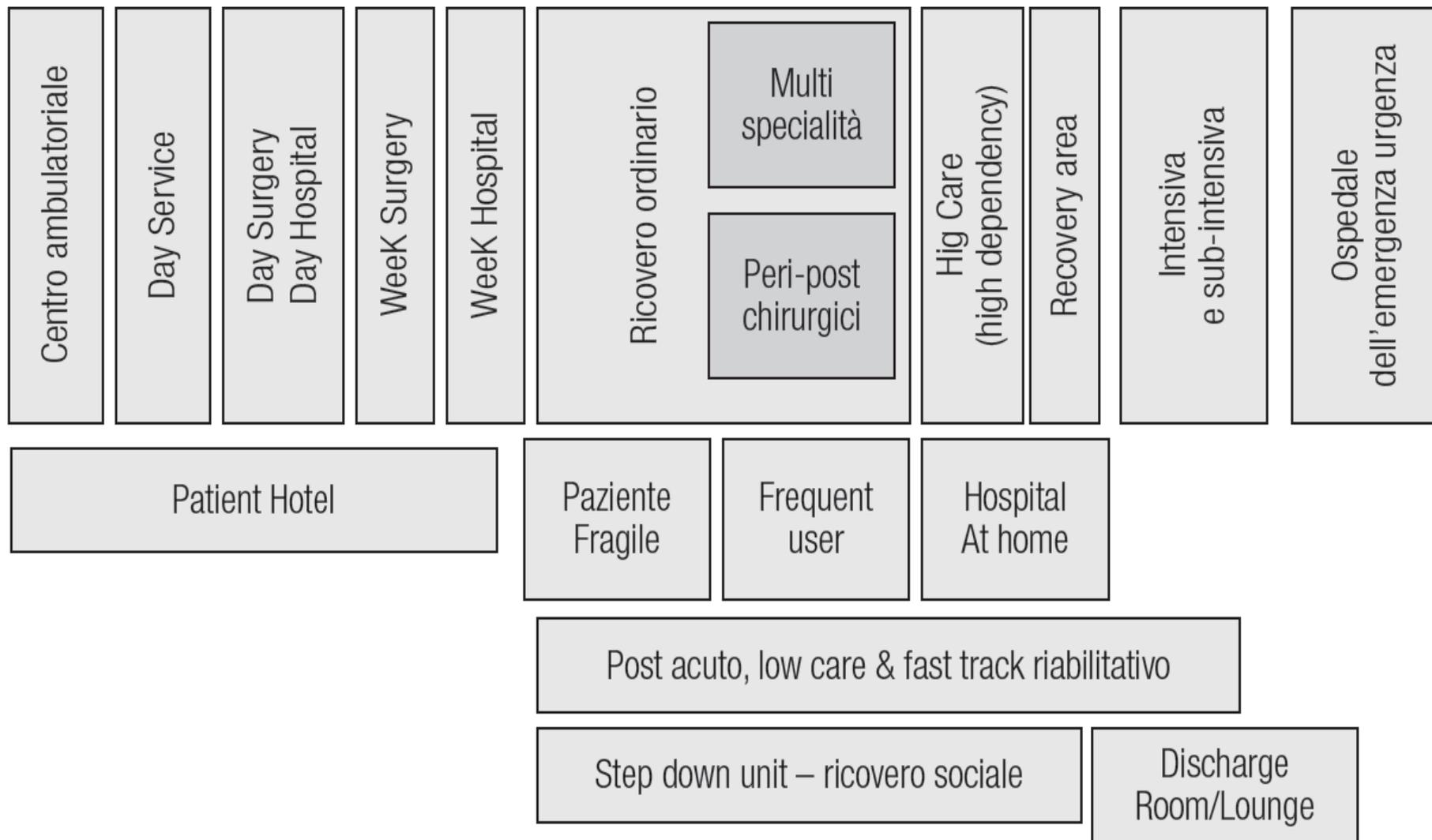


Figura 15.4

L'organizzazione dell'ospedale per aree modulate per intensità delle cure e complessità assistenziale



502/1992 - Art.15 comma 6

Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie.

Ai dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, **funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del dipartimento di appartenenza, anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.** I risultati della gestione sono sottoposti a verifica annuale tramite il nucleo di valutazione.

502/1992 - Art. 17 bis

Dipartimenti

1. L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie.
 2. Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento; il direttore di dipartimento rimane titolare della struttura complessa cui è preposto. La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione della risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone annualmente il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.
 3. La regione disciplina la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché le modalità di partecipazione dello stesso alla individuazione dei direttori di dipartimento.
-

Criticità

**LA RIORGANIZZAZIONE
DEL TERRITORIO E
L'INTENSITÀ DI CURA
TRANSMURALE**

La riconfigurazione della rete territoriale



Consolidare le capacità di filtro verso l'accesso all'ospedale

Supportare la fase della dimissione e la continuità assistenziale

**AFT
UCCP**

I malati cronici seguiti "fuori dall'ospedale" con una logica di medicina d'iniziativa e disease management (Chronic Care Model)

Componenti fondamentali dell'assistenza territoriale

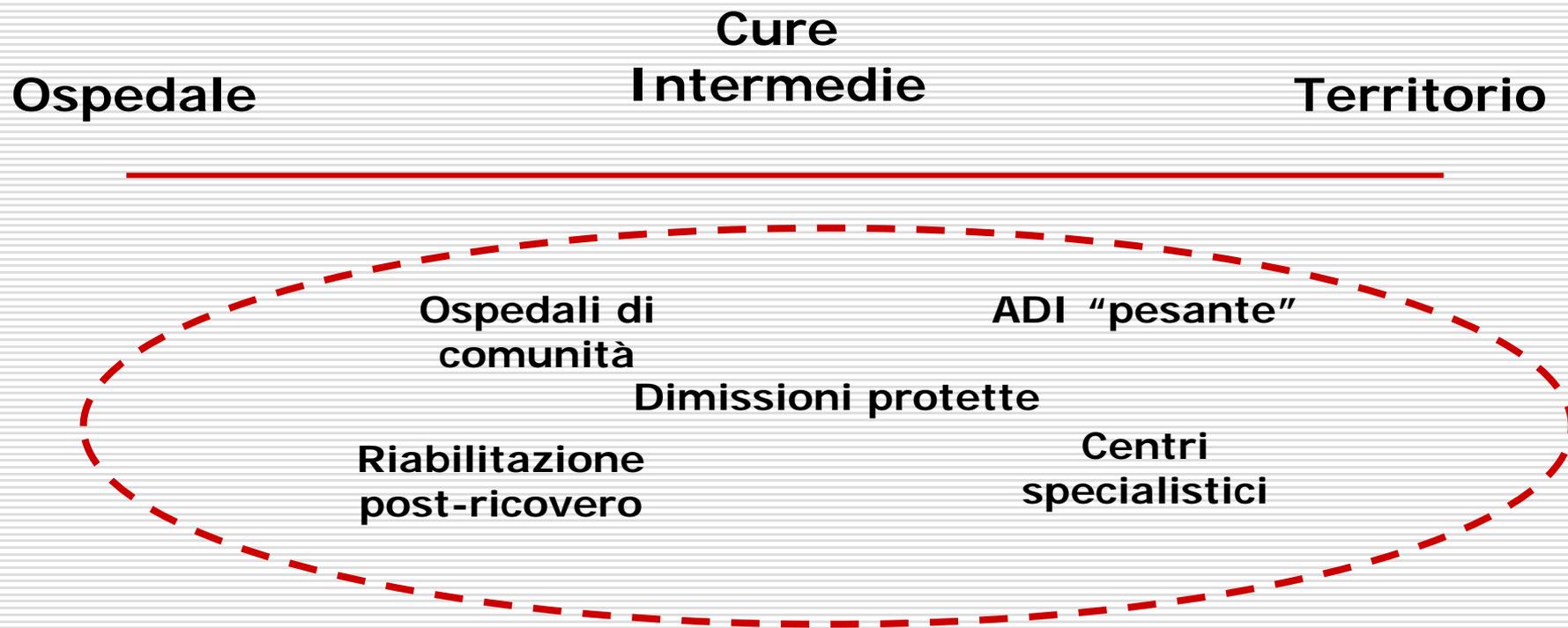
- ❑ **Team multiprofessionali** (medici di famiglia, infermieri, altre professioni sanitarie e sociali) in grado di prendersi carico di gruppi di popolazione (minimo 10 mila abitanti) e di garantire loro una continuità assistenziale integrata.
- ❑ **Infrastrutture fisiche e informatiche** per consentire il lavoro associato del team multiprofessionale secondo il metodo della sanità d'iniziativa. La «Casa della Salute» può essere un modello ma qualsiasi struttura (pubblica o privata) in grado di ospitare un consistente gruppo di professionisti e di essere punto di riferimento per la popolazione può essere utilizzata.
- ❑ La disponibilità di **Cure Intermedie** all'interno della rete dei servizi della Z/D. Si tratta di posti letto ad alta intensità assistenziale infermieristica/riabilitativa in grado di garantire la continuità assistenziale nei pazienti dimessi dall'ospedale (in condizioni di stabilità clinica, ma non ancora in grado di tornare al proprio domicilio per motivi sociali o sanitari). Si tratta di posti letto da individuare in Case della Salute, in Ospedali di Comunità o in RSA.
- ❑ **Il supporto dell'autocura.** La gestione delle malattie croniche può essere insegnata alla maggior parte dei pazienti e un rilevante segmento di questa gestione (la dieta, l'esercizio fisico, il monitoraggio della pressione arteriosa, della glicemia, del peso corporeo, l'uso dei farmaci, etc) può essere trasferito sotto il loro diretto controllo. Il supporto all'auto-cura significa aiutare i pazienti e le loro famiglie ad acquisire abilità e fiducia nella gestione della malattia, procurando gli strumenti necessari e valutando regolarmente risultati e problemi.

Cure intermedie: il problema e la sfida

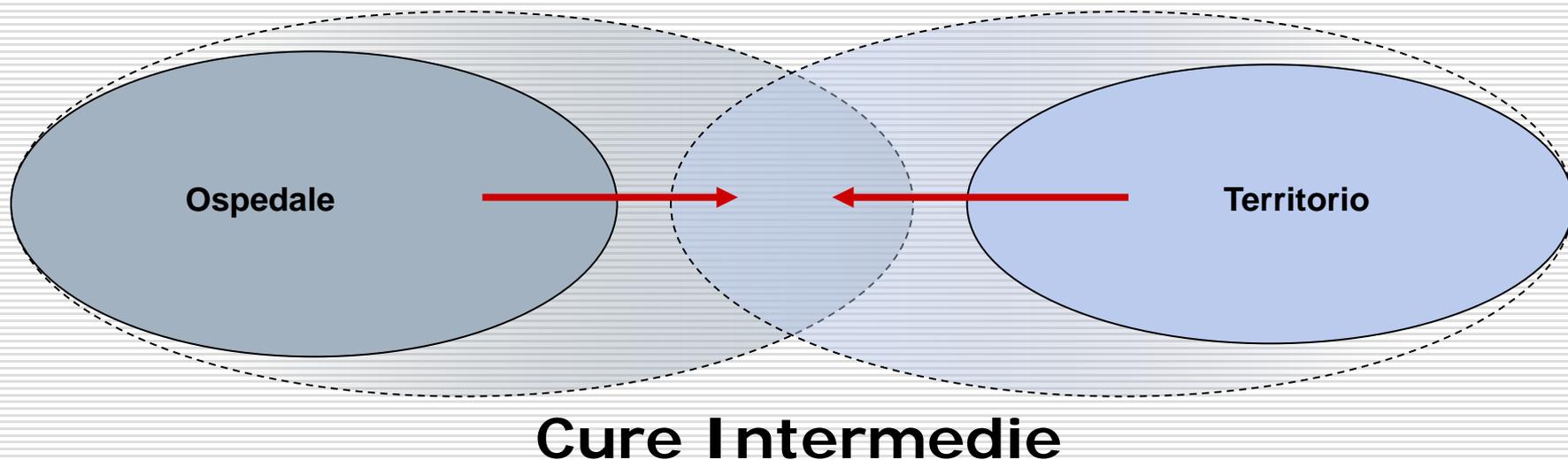
- Tradizionalmente le Cure Intermedie sono poco sviluppate e con una limitata capacità di erogazione
- La domanda di cure intermedie è però in aumento a causa:
 - Dell'incremento di pazienti con patologie cronico degenerative
 - Incremento dei portatori di handicap
 - Incremento della fascia anziana della popolazione
- Rispetto a tali tendenze:
 - i servizi ospedalieri risultano eccessivamente specialistici, mentre
 - i servizi territoriali paiono ancora troppo "poveri"

Le cure intermedie

Si posizionano tra l'assistenza ospedaliera e le cure primarie



La tendenza: l'intensità di cura transmurale



Ricerca di una maggiore qualità

Ricerca di una riduzione dei costi

Ricerca di una maggiore continuità assistenziale

Preventing admission of older people to hospital

No evidence that managing «frail older» people in the community reduces admission.

BMJ 2013; 346; 20 may

*However, there is no evidence that enhancing community care for frail older people will reduce hospital admission, and demands on secondary care will probably continue to rise. There has been a sustained reduction in the number of acute beds over the past few decades, and most hospitals now average around 90% bed occupancy. A further reduction in beds based on the **vain hope** that enhancing community service will reduce admission could be potentially dangerous to patient care.*

Criticità

**IL MEDICO TUTOR E LA
CONTINUITÀ
ASSISTENZIALE**

Il medico *tutor*

- ❑ E' individuato dal Direttore della specialità di riferimento
 - ❑ Deve essere incaricato come *tutor* per un periodo sufficientemente lungo per garantire la continuità assistenziale (mesi) ed esonerato dalle attività di guardia e ambulatoriali
 - ❑ Il rapporto tra n° pazienti/*tutor* non dovrebbe essere superiore a 14-16
 - ❑ E' formalizzato sulla cartella, viene presentato al paziente/familiare, garantisce la continuità clinica e la comunicazione con gli altri specialisti e con il MMG
 - ❑ Prende in carico entro 24 ore il paziente ricoverato ed è titolare della stesura, modifica e follow-up del piano diagnostico-terapeutico
 - ❑ Può disporre lo spostamento/trasferimento orizzontale del paziente nell'ambito del livello 2 (2 A/2 B) oppure in senso verticale al livello 1 (intensivo) o al livello 3 (postacuzie)
-

Criticità: continuità assistenziale e tutor

- ❑ Esiste un problema di **continuità assistenziale**, che non ha attualmente negli ospedali della Toscana una risposta organizzata, nonostante gli indirizzi normativi concordati a livello regionale. Il problema è evidente nei percorsi polispecialistici, ma riguarda anche la funzionalità delle singole Unità Operative. Confondere la continuità assistenziale con la sottospecie della continuità personale non aiuta a risolvere la difficoltà. **La continuità assistenziale è un requisito "di sistema"** (continuità assistenziale ospedaliera e inter-ospedaliera, continuità assistenziale ospedale/territorio) e non può essere garantita ovviamente da nessun singolo operatore, né tanto meno dal fatto che il paziente rimanga materialmente ricoverato sempre nello stesso letto.
 - ❑ La creazione della figura del **"tutor"** deve essere compatibile con l'organizzazione complessiva delle Unità Operative, sia per quanto riguarda la ripartizione dei carichi di lavoro (turni di servizio, turni notturni e festivi, reperibilità ecc.) che per l'esigenza di valorizzare la professionalità di ogni professionista .
Benché il ruolo del "tutor" sia attribuito dal direttore di U.O. esso **non dovrà essere concepito come una figura monocratica**, completamente svincolata dal parere dei Colleghi. Una possibile soluzione potrebbe essere quella di prevedere come «tutor» una micro équipe costituita da 2-3 medici.
-

Criticità: il parere delle Società Scientifiche della Toscana

- ❑ Nelle aree di degenza, non ci deve essere confusione tra "bed management" e "patient management". Il superamento della organizzazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, può non essere gradito, ma è una conseguenza probabilmente irreversibile della riduzione dei posti letto negli ospedali e una via già intrapresa per quanto riguarda il "bed management" (gli "appoggi fuori reparto" ne sono l'espressione corrente malgovernata). In ogni caso l'utilizzazione flessibile dei posti letto deve rimanere tra le competenze del dipartimento.
- ❑ Ben diverso è il caso della gestione del paziente. Questa spetta alla U.O., che è ancora lì ad assumersi la responsabilità della SDO, il testimone amministrativo della presa in carico del paziente, sempre identificabile durante tutta la degenza anche in caso di percorsi polispecialistici.
- ❑ E' ovvio che la responsabilità professionale non si contrappone in alcun modo al metodo di lavoro collegiale interprofessionale e interdisciplinare e che l'integrazione delle competenze specialistiche è un obiettivo di qualità per qualsiasi modello organizzativo. E' altrettanto ovvio che la struttura organizzativa, che ha la responsabilità professionale, ha anche quella della comunicazione con il paziente e con i suoi familiari, e della sua umanizzazione.

Criticità: il parere delle Società Scientifiche della Toscana

- ❑ L'intensità di cura è una dimensione dell'assistenza non facilmente separabile da altre più specificamente professionali e qualitative. Queste si riassumono nel **lavoro in équipe** di medici e infermieri. Il concetto di équipe non ha bisogno di essere illustrato; gli ingredienti del suo valore sono, oltre al raccordo dei saperi e delle pratiche, la conoscenza personale degli operatori e il rapporto di fiducia. Difendere questo patrimonio qualitativo è fondamentale per la qualità dell'assistenza.
- ❑ L'essenza dell'organizzazione per intensità di cure è **l'assetto variabile dei posti letto**, che non sono assegnati alla U.O. ma all'area dipartimentale. Sia un modello di tipo **dispersivo**, sia uno basato sulla **embricazione parziale** del pool specialistico sono entrambi compatibili con la definizione. Le Società Scientifiche raccomandano con forza **l'applicazione del modello basato sulla embricazione parziale** del pool specialistico in quanto è il solo favorevole al mantenimento delle équipe e al miglioramento della assistenza. Non si vede per quale motivo si dovrebbe dare la preferenza al primo, forzando oltre l'utile e il necessario la discontinuità rispetto al passato. L'autonomia professionale dell'infermiere rispetto al medico e alla U.O. non deve entrare in conflitto con il lavoro di squadra.

Conclusioni

**GLI ERRORI DA EVITARE
E LE PROPOSTE PER
IMPLEMENTARE LA
NUOVA
L'ORGANIZZAZIONE**

Il documento delle OO.SS. toscane marzo 2014: le volontà politiche non dichiarate sulla nuova organizzazione ospedaliera

- Frantumare i luoghi fisici delle unità operative e la stessa organizzazione dipartimentale prevista dal D.lgs 502/92.
 - Porre il processo assistenziale come elemento fondante di una nuova organizzazione ospedaliera. La volontà è quella di ridurre i medici a “macchine banali” titolari dei processi diagnostico/terapeutici (fino a quando?) ma distanti da quelli gestionali affidati ad altre figure (ingegneri “clinici”, dirigenti infermieristici).
 - Non si vuole più procedere ad una integrazione multi-professionale a letto del malato, ma piuttosto affermare una non governata e semplicistica autonomia delle varie professioni sanitarie attraverso uno spacchettamento del processo clinico/assistenziale.
 - Tutto ciò inevitabilmente comporterà confusione di ruoli e conflitti i cui esiti non saranno certamente positivi per i nostri pazienti. Eppure negli Ospedali pubblici le leggi statuiscono una matrice organizzativa ben precisa, basata sulla individuazione di strutture complesse, strutture semplici, incarichi professionali e di organi di governo come il Collegio di direzione e il Comitato di dipartimento. Questa matrice rappresenta un principio legislativo fondamentale e non eludibile.
-

Criticità: aspetti organizzativi generali

- Il modello per intensità di cura non può prescindere dalle caratteristiche dimensionali e strutturali di ogni singolo ospedale (Aziende ospedaliero-universitarie; Ospedali di riferimento provinciale; Ospedali zonali)
- Il modello dovrebbe essere strutturato secondo due percorsi separati riguardanti la patologia in elezione e la patologia in urgenza – emergenza, in particolare in quei presidi ospedalieri in cui sia presente una cospicua casistica di patologia in urgenza – emergenza, per evitare la «cannibalizzazione» dei posti letto destinati all'elezione.
- La riorganizzazione dell'ospedale non può prescindere da una contemporanea ed efficace riorganizzazione del territorio per assicurare continuità assistenziale soprattutto per quelle patologie croniche che vanno frequentemente incontro a riacutizzazioni necessitanti ricovero in ospedale per acuti.

Decalogo degli errori da evitare nell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi

- ❑ Accentrare le decisioni
- ❑ Non considerare il contesto di fondo (grande ospedale vs ospedale piccolo/medio)
- ❑ Non definire le caratteristiche nosografiche ed epidemiologiche della popolazione di pazienti e il loro livello di complessità/criticità/instabilità
- ❑ Non condividere l'implementazione dei nuovi modelli con i reali bisogni dei pazienti e i professionisti interessati nella loro assistenza
- ❑ Non definire le caratteristiche strutturali, metodologiche e di processo dei diversi setting assistenziali
- ❑ Non esplicitare i criteri di allocazione dei pazienti nei diversi setting assistenziali disponibili, in funzione delle caratteristiche cliniche ed assistenziali
- ❑ Non definire in quale setting assistenziale devono essere applicati gli strumenti di valutazione (P.S. Reparto)
- ❑ Non esplicitare gli strumenti di valutazione
- ❑ Implementare modelli innovativi senza averne valutato i possibili vantaggi, svantaggi, punti di debolezza, fattori di insuccesso (e aver proposto possibili soluzioni)
- ❑ Non garantire la massima trasparenza negli audit di revisione critica

Proposte derivanti dall'esperienza toscana

- ❑ Evitare la dispersione dei malati assegnati ad una specialità favorendo una collocazione «geografica» specifica, ma mantenendo nel contempo flessibilità nell'utilizzo dei posti letto
- ❑ Assegnare il paziente proveniente dal DEA non solo al livello di intensità di cura adeguato ma anche alla specialità che si occuperà del tutoraggio del paziente, attraverso PDTA specifici concordati tra specialità mediche e DEA
- ❑ Valorizzare i rapporti multidisciplinari ed in particolare quelli multi-professionali con il nuovo ruolo della professione infermieristica che organizza l'assistenza secondo il «primary nursing»

Proposte derivanti dall'esperienza toscana

- ❑ Dal medico tutor alle micro équipe di tutoraggio, per garantire la continuità assistenziale e la presa in carico del paziente
 - ❑ Estensione temporale dell'attività di tutoraggio in modo da coordinare l'attività con il DEA
 - ❑ Creazione di un'area medica a medio-alta attività assistenziale (High Care) per pazienti a rischio di instabilità
 - ❑ Day Service multidisciplinare per la gestione di percorsi diagnostico-terapeutici integrati per patologie che possono essere gestite in regime diverso dal ricovero
 - ❑ Integrazione multiprofessionale e multidisciplinare
 - ❑ Investimenti sugli adeguamenti strutturali per evitare la dispersione dei malati in setting lontani
 - ❑ Investimenti in tecnologia e informatizzazione per migliorare la documentazione clinica, il lavoro amministrativo e recuperare tempo da dedicare ai pazienti
-

Grazie per l'attenzione



errep49