

UNA SANITÀ EFFICIENTE E COMPETITIVA: MIRAGGIO PER IL FUTURO O OPPORTUNITÀ PER IL PRESENTE?

A cura di

Paola Gnerre (Direttivo Nazionale Settore Anaaio Giovani), **Costantino Troise** (Segretario Nazionale Anaaio Assomed), **Carlo Palermo** (Vice Segretario Nazionale Vicario Anaaio Assomed), **Domenico Montemurro** (Responsabile Nazionale Settore Anaaio Giovani), **Claudia Pozzi** (Responsabile Macro Regione Centro Settore Anaaio Giovani), **Chiara Rivetti** (Segreteria Regionale Piemonte Anaaio Assomed), **Dario Amati** (Responsabile Macro Regione Nord Settore Anaaio Giovani)

Gli assetti organizzativi in sanità: il modello Dipartimentale e il modello per intensità di cura.

Il cambiamento demografico della popolazione con il progressivo incremento dell'età media ha determinato la comparsa di un nuovo modello di paziente che a causa delle sue multi-morbidità si caratterizza per una crescente complessità non solo dal punto di vista clinico ma anche terapeutico-gestionale¹. L'aumento della speranza di vita e la crescente domanda di assistenza sanitaria sono però anche intimamente correlati all'incontrollato incremento della spesa sanitaria verificatosi negli ultimi decenni. E' quindi emersa la problematica della razionalizzazione delle risorse per il contenimento dei costi.

In questo ambito concettuale, epidemiologico ed economico nasce la necessità di una riorganizzazione dei Sistemi Sanitari volta a promuovere efficienza produttiva, efficacia e appropriatezza dei servizi attraverso l'introduzione e la sperimentazione di nuovi assetti organizzativi ospedalieri come il modello di tipo Dipartimentale. Il Dipartimento, i cui accenni risalgono già al lontano 1969 (DPR 29 Marzo n.128), funzionando come luogo di integrazione e coordinamento dell'atto medico, di sviluppo delle conoscenze e delle competenze, costituisce l'ambito privilegiato in cui poter contestualizzare le attività del governo clinico², prospettiva unificante degli aspetti economici e clinici in ambito sanitario. Dalla progressiva realizzazione del modello di aggregazione dipartimentale sono stati implementati nuovi modelli di cura centrati non sulle necessità dell'organizzazione, ma sui bisogni clinici e assistenziali del paziente come il modello per intensità di cura e i PDTA (Percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali). Il modello per intensità di cura (IC)³ supera il concetto di reparto ospedaliero articolando il livello di cura sui bisogni omogenei dei pazienti (congruenza verticale) e sull'interazione multi professionale (congruenza orizzontale). Nell'ospedale per intensità di cura il paziente polipatologico è affidato alla responsabilità del "tutor" (internista o geriatra) che coordina i vari specialisti per garantire la continuità assistenziale. Obiettivo di questo modello è di evitare che un soggetto con elevati bisogni sia inserito in un sistema a bassa offerta con il risultato di "stressare" il sistema (effetto "tetto") e che un soggetto con modesti bisogni sia inserito in un sistema ad alta offerta ricevendo una quota di assistenza superiore a quella necessaria (effetto "pavimento"). L'allocazione dei pazienti solo in relazione al livello di intensità di cura è però nel contempo anche il "tallone d'Achille" di questo modello. Nel 2011 Lancet pubblica uno studio retrospettivo⁴ dove si evidenzia come molti pazienti anziani siano sottoposti ad interventi chirurgici, con conseguente necessità di alta intensità di cura, nel loro ultimo anno di vita. Questo a riprova del fatto che un approccio aggressivo e quindi costoso in età avanzata non è poi suffragato dal riscontro di ridotta mortalità. A Dicembre 2014 JAMA surgery⁵ ci propone invece un lavoro che analizza gli esiti di pazienti over 65 con almeno una grave comorbidità ricoverati dopo un intervento chirurgico maggiore nei reparti ad elevata intensità di cura rispetto a quelli ricoverati in bassa intensità di cura. Nei primi si registra

un aumento delle complicanze post-operatorie e dei tempi di degenza maggiori a fronte di un lieve aumento di sopravvivenza dopo manovre di rianimazione.

Questi dati impongono delle necessarie riflessioni non solo in termini etici, ma anche economici in virtù del fatto che gli obiettivi di efficienza che si propone l'organizzazione per IC non necessariamente coincidono con la riduzione delle risorse impiegate e con *outcome* positivi per il paziente stesso.

E allora la domanda che sorge spontanea è: "Ci sono reali evidenze che queste strategie di trasformazione in sanità siano realmente efficaci nel migliorare la prognosi del paziente e nel contempo migliorare l'efficienza del sistema?"

Come possiamo misurare le performance in sanità? Quale il ruolo del territorio?

La valutazione della performance in sanità: tra organizzazione e indicatori.

Negli ultimi anni si è andata sempre più diffondendo la consapevolezza che la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari debba garantire e promuovere la qualità e la sicurezza dei servizi sanitari e delle cure erogate. Il buon funzionamento dei sistemi sanitari e la loro tenuta si rapporta alla capacità di determinare e identificare le cure necessarie minimizzando fenomeni di inappropriata. Uno degli aspetti rilevanti per la quantificazione delle performance sanitarie è quindi la valutazione dell'appropriatezza. L'appropriatezza clinica è la capacità di fornire l'intervento più efficace per un dato paziente, l'appropriatezza organizzativa (tabella 1) è la capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo all'erogazione delle cure. Quest'ultima diventa pertanto elemento cruciale per la valutazione delle performance organizzative per ogni struttura sanitaria. Sono considerati "inappropriati" e quindi indicatori di scarsa performance i casi trattati in regime di ricovero ordinario o in Day Hospital che le strutture sanitarie potrebbero trattare in un diverso setting assistenziale con identico beneficio per il paziente e con minor impiego di risorse.

La potenziale inappropriata di utilizzo e gestione delle risorse investe a 360° il mondo sanitario, e nell'ospedale inizia già a livello dal primo anello della catena assistenziale ovvero il DEA. E' notizia di cronaca attuale la condizione di superaffollamento del Pronto Soccorso che si è verificata nelle ultime settimane in tutta la penisola. Se, da un lato, il picco stagionale dell'influenza e l'invecchiamento della popolazione con aumento delle comorbidità ne rappresentano la cornice epidemiologica, dall'altro lato, gli effetti delle politiche sanitarie di tagli con riduzione dei posti letto e dell'organico determinano l'utilizzo inappropriato del pronto soccorso che si trova così a rappresentare da solo la prima linea assistenziale 365/anno, 24 ore/24.

Dopo l'ingresso in pronto soccorso, dove coesisteranno accessi impropri e accessi con necessità di ricovero in reparto per acuti, la sfida per il medico del DEA è quella di evitare ricoveri inappropriati, ovvero assegnare il "posto giusto" al "paziente giusto". Il rischio di inappropriata di ricovero in aree di degenza è legato a numerosi fattori quali l'aumento di patologie croniche e di richiesta di "salute" da parte dei cittadini, l'eccessivo "allarmismo mediatico" in concomitanza di eventi quali ad esempio malattie stagionali, la "medicina difensiva" e la costante carenza di posti letto.

Sono stati sviluppati numerosi criteri per valutare l'appropriatezza dei ricoveri, molto dei quali (DRG ad elevato rischio di inappropriata e APR-DRG) consentono una stima di inappropriata del ricovero, basata su dati amministrativi forniti dalla Scheda di dimissione ospedaliera (SDO). I principali vantaggi sono rappresentati dalla facile reperibilità dei dati, la cui raccolta risulta relativamente economica ed omogenea attraverso i sistemi informativi ospedalieri, e l'oggettività dei dati. Tuttavia, essendo documenti di natura amministrativa, la rappresentazione/codifica delle condizioni cliniche e dell'assistenza erogata durante il ricovero non tiene conto di possibili "confounders" quali il possibile condizionamento per il pagamento della

relativa prestazione, la mancanza di garanzia che le informazioni riportate siano complete, ed infine, elemento ancora più importante, la mancanza di qualunque riferimento alle cause che possono aver determinato il prolungamento della degenza (es. condizioni sociali del paziente e/o ricorso a livelli più intensivi di assistenza). Questi sistemi consentono di fare stime più ampie e con dati aggregati senza tenere conto del singolo ricovero che può essere valutato con strumenti che hanno il vantaggio di esaminare aspetti più qualitativi (ad es. il PRUO - Protocollo di Revisione d'Uso dell'Ospedale), ma con reali difficoltà ad ottenere stime di appropriatezza che siano oggettivabili.

La valutazione e la misura comparativa degli esiti degli interventi in sanità sono considerate strategie fondamentali per la promozione nell'assistenza sanitaria di qualità e equità. Con il programma nazionale esiti (PNE) AGENAS ha perseguito l'obiettivo di fornire a ciascuna regione una modalità di misurazione, confronto e rappresentazione della performance delle proprie aziende sanitarie raffrontabili tra Aziende della stessa Regione e tra Aziende di Regioni differenti. Il PNE è costituito da 130 indicatori di volume, esito/processo e ospedalizzazione di cui 80 di valutazione e 50 di osservazione. I risultati sono analizzati secondo sei dimensioni di analisi: la valutazione dello stato di salute della popolazione, la valutazione della capacità di perseguimento delle strategie regionali, la valutazione socio-sanitaria, la valutazione esterna, la valutazione interna e la valutazione economica-finanziaria e di efficienza operativa. Obiettivo dei PNE è quindi l'analisi dei profili critici attraverso programma di auditing clinico. Limiti dei PNE sono quelli di non considerare né la severità della patologia né la complessità assistenziale aspetti caratteristici della maggior parte dei pazienti che albergano nelle nostre corsie ospedaliere.

Se pur il modello per IC in Italia è tutt'ora ancora un'esperienza limitata è stato comunque soggetto a una quantificazione delle sue performance. L'analisi degli esiti su tre presidi ospedalieri (Forlì, Pontedera, Foligno) organizzati per IC ha complessivamente evidenziato una riduzione dei ricoveri ordinari, soprattutto quelli inappropriati, una riduzione della degenza media ed un aumento del peso medio DRG. I dati relativi alla riduzione dei posti letto devono però essere analizzati con cautela, cercando di distinguere bene dove il dato è indicativo di maggiore efficienza organizzativa e dove invece è conseguenza della riduzione dell'offerta e quindi del taglio dei posti letto. In ogni caso non si può tacere la tendenza con l'IC ad avere tassi di occupazione dei posti letto superiori all'85%, da valutare criticamente per l'incremento della morbilità e della mortalità dei pazienti osservato quando le strutture lavorano al massimo. Altre criticità sono emerse nell'assegnazione del "tutor", in considerazione della riduzione delle dotazioni organiche e della necessità di conciliare attività clinica, guardie, riposi e aggiornamento, e nella logistica non adattandosi il nuovo modello dei setting di ricovero a ospedali costruiti decine di anni fa, se non centinaia.

Neanche le esperienze d'oltralpe ci sono comunque di grande aiuto. Un lavoro australiano ha analizzato i costi e l'efficienza di 20 ospedali dove si è progressivamente realizzata una variazione nei modelli assistenziali. Dal modello tradizionale (organizzato in reparti e unità operative) si era passati a quello dipartimentale e successivamente a quello per intensità di cura. Il modello dipartimentale si è dimostrato più efficiente in termini di riduzione dei costi rispetto a quello tradizionale mentre il modello per intensità di cura rispetto a quello dipartimentale ha dimostrato una riduzione in termini di efficienza. Comunque questi risultati sono difficilmente interpretabili perché per quanto due presidi ospedalieri possano essere omogenei per tipologia di pazienti e per competenze professionali le molteplici variabili presenti in sanità li rende comunque sempre poco paragonabili.

Come indicatore di raffronto tra i due modelli organizzativi (il modello tradizionale versus il modello per IC) potrebbe invece essere utilizzato la mortalità a 30 giorni per patologie acute. L'efficienza di un sistema comunque dovrebbe tenere conto non solo dei dati estrapolati dai DRG ma anche di

altri variabili quali la durata della degenza, la spesa per farmaci, esami diagnostici, consulenze e la presa in carico del paziente espressione indiretta della complessità del paziente (vedi tabella 2). In questo modo gli esiti sarebbero espressione reale della degenza media correlata alla gravità della patologia.

L'Organizzazione sanitaria Territoriale delle Cure Primarie

La riorganizzazione del Sistema Sanitario ha nel tempo investito non solo l'organizzazione ospedaliera con i vari modelli sopracitati ma anche la rete sanitaria territoriale delle Cure Primarie. Negli anni sono andate a svilupparsi e concretizzarsi forme di associazionismo medico semplici e complesse (vedi tabelle 3-4-5-6) con l'obiettivo di adottare oltre ad un approccio reattivo anche un approccio di iniziativa che potesse garantire la presa in carico dei bisogni e la continuità assistenziale secondo il modello del Chronic Care Model. Con il Decreto Balduzzi dell'8 Novembre 2012 sulle Cure primarie vengono codificate due nuove forme aggregative e integrative: le Aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e le Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (ex Case della Salute) (vedi tabella 7). Tutto questo per cercare di superare il concetto della "discrezionalità" in buona parte causa del fallimento dell'attuale modello organizzativo territoriale. Infatti mentre l'erogazione dei servizi ospedalieri è ben definita, il territorio possiede una autonomia organizzativa che non permette di stabilire precisamente quali siano realmente i servizi erogabili. La presa in carico di un malato sul territorio ad oggi è infatti soggetta alla discrezionalità o del Medico di Medicina Generale o del Distretto. Spesso poi trattandosi di malati difficili il solo intervento del MMG può non essere sufficiente. E' andata così delineandosi la ricerca di percorsi standard "Percorsi Diagnostico Terapeutici e Assistenziali (PDTA)" primo passo per definire dei "percorsi" di cura tra ospedale e territorio il più possibili uniformi, efficienti e standardizzati. Va da sé che per un paziente giovane affetto da una singola patologia anche complessa, la definizione di un PDTA risulta relativamente semplice, mentre nel caso di un paziente fragile, pluripatologico ed anziano è tutt'altro che scontata. Un percorso efficiente deve offrire al malato, alla famiglia e al caregiver la possibilità di ricevere in qualsiasi setting di cura l'assistenza più personalizzata e completa possibile.

Nonostante questa ristrutturazione territoriale e ospedaliera che ha interessato non solo l'Italia, ma anche le altre realtà sanitarie non si sono verificati gli sperati cambiamenti e soprattutto non si è realizzata la continuità assistenziale cardine per una Sanità efficiente.

E allora se la continuità di cura tra ospedale e territorio è un elemento determinante per l'efficienza dei sistemi sanitari è possibile codificare per il medico ospedaliero una diversa funzione che gli consenta di esercitare parte della sua attività anche in ambito territoriale?

L'Ospedale del futuro secondo gli inglesi: dalla continuità della cura alla leadership medica per superare il classico modello per IC.

Mentre in Italia proviamo ad applicare il sistema per "intensità di cure" i sistemi sanitari più all'avanguardia ipotizzano scenari più complessi che partendo dal concetto del "*patient centred care*" si spingono ben oltre.

Nel marzo 2012 nel mondo Anglosassone il *Royal College of Physicians* ha istituito la Commissione per l'Ospedale del futuro (*Future Hospital Commission*) con l'obiettivo di sviluppare un modello globale di cura ospedaliero progettato intorno alle esigenze degli utenti⁷. Una variante filosofica del modello di intensità di cura? No gli inglesi vanno oltre. Partendo dal presupposto che l'organizzazione ospedaliera attuale ha ben manifestato un sistematico fallimento nel realizzare un sistema di cura coordinato e *patient- centred care* propongono una riorganizzazione ospedaliera basata su due colonne portanti: la continuità della cura tra ospedale e territorio e la precoce e

rapida dimissione del paziente. Secondo le indicazioni della *Future Hospital Commission* tutti i servizi ospedalieri devono poter offrire qualità di cura sostenibile 24 ore al giorno e 7 giorni alla settimana, i servizi territoriali devono essere prontamente disponibili 7 giorni su 7 e i medici ospedalieri devono spendere parte del loro tempo lavorativo in comunità. Questo per garantire anche sul territorio la gestione di quadri clinici di elevata complessità. A conferma di ciò l'ultimo rapporto del Ministero della Salute ha evidenziato come le migliori performance misurate in termini di numero dei ricoveri ospedalieri e di giornate di degenza sono state registrate negli ospedali di quelle Regioni che hanno riorganizzato la rete sanitaria incentivando l'assistenza territoriale.

Nel "*Future Hospital*" esiste il "*consultant*" (il nostro internista o geriatra) responsabile del paziente non solo propriamente medico e coordinatore dei vari specialisti garante della continuità assistenziale dentro e fuori l'ospedale. L'approccio per processi tipico della medicina interna favorisce l'interazione con le altre figure sanitarie specialistiche e porta l'internista e il geriatra ad una visione multidisciplinare e trasversale. Una esperienza della Geriatria Italiana racchiusa in un progetto ministeriale denominato "codice Argento" ha dimostrato come permettendo al Geriatra di prendersi carico del paziente anziano sin dall'arrivo in DEA si riduceva nettamente la mortalità intra-ospedaliera.

Anche nel manifesto inglese viene più volte ribadito il concetto che il team medico deve assumersi la piena responsabilità della qualità di cura fornita al paziente, *leadership clinica*, ricercandola e favorendola in tutte le situazioni. La professionalità medica che deve pertanto esprimersi in termini di:

- leadership clinica in tutti i domini di qualità (sicurezza, risultati clinici ed esperienza) per tutto il processo di cura del paziente;
- comunicazione efficace con i pazienti e i loro *care-giver* anche in termini di promozione della prevenzione e dell'autogestione;
- integrazione multi-professionale con il fine di favorire la collaborazione con e tra gli altri professionisti sanitari.

Nell'ospedale del futuro c'è quindi un ulteriore ampliamento del concetto di **atto medico**. L'**atto medico** oltre ad essere un atto di autonomia tecnico-operativa del medico stesso anche rispetto al legislatore non comprende solo aspetti di insegnamento, di formazione, di diagnosi, prescrizione e cura ma deve essere garanzia di una continuità e di una responsabilità dell'intero percorso di cura del paziente. Va da sé che l'**atto medico** non può essere delegato, frammentato o condiviso con altre professioni sanitarie e può essere solo eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione. Se pur il comparto infermieristico abbia già in atto modelli organizzativi come il *care manager* ed il *primary nurse* orientati sui bisogni del paziente e della famiglia è comunque necessario un coordinatore medico che possa erogare oltre la sorveglianza di un percorso anche prescrizioni diagnostiche e terapeutiche non insite nelle competenze infermieristiche.

La continuità assistenziale dovrà passare necessariamente dall'implementazione della cartella clinica informatizzata in tutti gli ambiti di cura, ospedalieri e territoriali per consentire e garantire un costante flusso di notizie evitando il ben noto fenomeno delle "*revolving doors*". I pazienti devono essere ricoverati in ospedale solo se è richiesto dalle loro esigenze cliniche. Pertanto, in futuro gli ospedali dovranno promuovere piani organizzativi di lavoro che consentano ai pazienti di lasciare l'ospedale lo stesso giorno di ricovero proseguendo le cure mediche e infermieristiche in comunità. Un prolungamento del ricovero ospedaliero per problematiche "sociali" o addirittura il ricovero ospedaliero per problematiche "sociali" devono solo diventare un retaggio del passato

Le proposte dell'Anaa Assomed per una sanità efficiente e competitiva.

Non esiste un modello organizzativo in sanità perfetto, ma ogni modello deve essere implementato nel contesto sociale, economico e culturale in cui si applica. Il primo interrogativo che dobbiamo quindi porci è se sia proprio necessario elaborare un nuovo sistema organizzativo o possiamo semplicemente riorganizzare l'esistente?

Nella realtà sanitaria si percepisce quotidianamente un distacco tra territorio e ospedale con difficoltà concrete nel garantire ai pazienti un corretto percorso assistenziale, sia all'interno che all'esterno dell'Ospedale. La riorganizzazione sia degli ambiti Ospedalieri che Territoriali ad oggi non è riuscita a realizzare la continuità di cura, elemento essenziale per una sanità efficiente e competitiva. Basterebbe un semplice "ponte" per permettere a due rive opposte di poter comunicare nell'ottica di una filosofia di cura "*patient centred care*" e di una filosofia organizzativa ad intensità di cura transmurale. Funzione del medico ospedaliero e del medico territoriale deve pertanto essere quella di integrarsi e di gestire, coordinando tutte le altre figure professionali, casi a varia complessità e intensità nel setting più idoneo, possa essere il Territorio o l'Ospedale. Non più una modalità di cura per "luoghi" ma una modalità di cura per "caso". La nostra "ricetta" prevede quindi che ogni struttura ospedaliera implementi gli ambulatori della complessità come i "Day Service multidisciplinari" per la gestione sia di patologie acute che non necessitano di ricovero sia per la gestione e il monitoraggio di patologie croniche complesse. Tali strutture devono diventare il perno di congiunzione tra Ospedale e Territorio (tabella 8). Come indicatori di appropriatezza (tabella 1) numero di ricoveri e re-ricoveri sul totale dei pazienti seguiti, tasso di mortalità a 30 giorni e qualità di vita del paziente durante il periodo di presa in carico. Tali indicatori possono essere intesi sia come indicatori di processo in grado di misurare direttamente l'appropriatezza dell'assistenza ricevuta dal paziente (una presa in carico condivisa tra ospedale e territorio riduce il numero dei ricoveri ospedalieri impropri sia migliora la qualità di vita del paziente) sia come indicatori di esito con una prevista modifica degli esiti assistenziali in termini clinici, economici ed umanistici.

Bisognerebbe inoltre definire a priori non soltanto l'"intensità" e la "severità" socio-sanitaria del caso clinico ma anche definire un indice prognostico. A tal proposito potrebbe essere d'ausilio l'utilizzo del Multidimensionale Prognostic Index di Pilotto (8) che oltre ad offrire un indice prognostico attendibile potrebbe supportare il processo decisionale per la definizione dei percorsi per i paziente cronici, anziani e fragili.

Per soddisfare la crescente complessità dei pazienti e rendere sostenibile il nostro servizio sanitario, *mission* dell'ospedale del futuro, sono necessari più posti letto con più alta intensità di cura e maggiore unità infermieristica e medica. Allo stato attuale l'unica strada percorsa dalla politica è stata la logica dei tagli lineari (riduzione dei posti letto, blocco delle assunzioni, soppressione dei servizi e riduzione delle tariffe di rimborso ospedaliere e ambulatoriali) e non la riduzione degli sprechi con una oculata riorganizzazione dei servizi. L'efficienza di un sistema e la qualità dei servizi non può essere garantita da un personale ridotto ai minimi termini le cui *performance* in condizioni di lavoro critico sono necessariamente poco produttive. La realizzazione di un sistema efficiente e produttivo passa inequivocabilmente dal grado di soddisfazione dell'operatore e dalla preservazione delle sue tutele in ambito lavorativo.

Le vere sfide per la sanità del futuro sono pertanto per noi:

- 1) Una reinvenzione radicale dell'organizzazione ospedaliera attraverso l'ottimizzazione delle risorse disponibili e l'implementazione di modelli organizzativi per intensità di cura

transmurale di integrazione tra ospedale e territorio che consentano ai pazienti di ricevere una diagnosi e un trattamento ospedaliero precoce con una rapida dimissione, una precoce presa in carico da parte del territorio e una gestione multidisciplinare per le patologie complesse.

- 2) L'implementazione di un modello premiante (tabella 8) per il raggiungimento dell'eccellenza e dell'efficienza. La ricerca dell'appropriatezza e della produttività deve essere un obiettivo perseguito da tutte le Aziende sanitarie. Non è più possibile accettare "l'orizzontalizzazione" nella distribuzione delle risorse che appiattisce il merito e premia il lassismo.

Tabella 1. Indicatori di appropriatezza organizzativa

Degenza media preoperatoria
Percentuale di fratture del femore operate entro 2 giorni dalla degenza
Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medico
Percentuale ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri
Percentuale ricoveri ordinari sul totale dei ricoveri attribuiti a DRG ad alto rischio di inappropriata
Percentuale ricoveri DH medici diagnostici sul totale dei ricoveri DH medici
Percentuale ricoveri ordinari medici brevi (0-2 giorni) sul totale dei ricoveri ordinari medici
Percentuale ricoveri oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età > 65 anni
Percentuale ricoveri e re-ricoveri dei pazienti sul totale dei pazienti, indici di mortalità a 30 giorni e qualità della vita seguiti presso i Day Service multidisciplinari di integrazione tra Ospedale e Territorio (prospettiva per il futuro?)

Tabella 2. Possibili indicatori di efficienza del sistema.

Ore di degenza in PS in attesa di ricovero
Giorni di attesa per dimissione in lungodegenza/riabilitazione/ ADI
Percentuale di re-ospedalizzazione a 30 giorni dalle dimissioni
Tasso occupazione posto letto
Indice di rotazione Posto letto
Degenza media standardizzata per case mix
Incidenza delle infezioni ospedaliere
Numero medici-infermieri/numero dimissioni
Liste attesa/procedura
Mobilità fuori ASL

Tabella 3. Forme di associazionismo medico

Semplici	Complesse
Medico "singolo"	GCP
Associazionismo semplice	Centri medici polifunzionali
Medicina di rete	UTAP
Medicina di gruppo	UCCP
	Case della salute

Tabella 4. Forme di Cure primarie semplici

Cure primarie semplici	Cosa sono?
Medicina in associazione	Questa forma associativa prevede un numero di medici tra 3 a 10. Dal punto di vista organizzativo sono previsti più studi distribuiti nel distretto con un orario di chiusura non inferiore alle 19.00. Queste forme devono condividere linee guida diagnostiche-terapeutiche per l'appropriatezza prescrittiva e la promozione di comportamenti uniformi.
Medicina in rete	Questa forma associativa prevede un numero di medici tra 3 a 10. Dal punto di vista organizzativo sono previsti più studi coerenti con l'articolazione territoriale del distretto e non vincolati a sede unica con un orario di chiusura non inferiore alle 19.00. Rispetto alla medicina in associazione è aggiunta la gestione della scheda sanitaria individuale su supporto informatico e l'utilizzo da parte del medico di supporti informatici per la trasmissione di dati epidemiologici o prescrittivi .
Medicina di gruppo	Questa forma associativa prevede una sede unica del gruppo per un numero di medici tra 3 e 8 articolata in più studi medici. Fanno parte del gruppo MMG, MCA e PLS che si impegnano ad assistere oltre ai proprio anche gli altri pazienti afferenti all'associazione con l'obiettivo di garantire la continuità assistenziale nell'arco della giornata e in caso di assenza dei colleghi. E' prevista la gestione informatica della scheda sanitaria e il collegamento in rete dei vari supporti.

Tabella 5. Requisiti per le forme di associazionismo medico definite complesse

Numero di medici operanti non < 5
Apertura estesa (ad esempio anche al Sabato)
Offerta di un'ampia gamma di servizi diagnostici e assistenziali (ADI e TAO)
Ricorso a forme di telemedicina e tele cardiologia
Presenza fissa di personale infermieristico
Presenza fissa di medici specialisti
Integrazione con servizi socio-assistenziali

Tabella 6. Forme di Cure Primarie Complesse

Cure primarie Complesse	Cosa sono?
Unità Territoriale di Assistenza Primaria (UTAP)	Presidi integrati per le cure primarie che prevedono l'associazione di più medici (MMG, PLS, Specialisti) in un'unica sede per l'erogazione di prestazioni sanitarie. Dal punto di vista organizzativo prevedono un'area sanitaria composta da ambulatori di medicina generale, ambulatori specialistici e di guardia medica, medicheria per esami ematochimici d'urgenza e locali per il personale infermieristico e un'area amministrativa con front-office e back-office. Bacino d'utenza: 10.000-15.000 assistiti
Case della Salute	Presidi integrati per le Cure Primarie che oltre le prestazioni sanitarie erogate da più medici (MMG, PLS, Specialisti ambulatoriali) aggiungono i servizi socio-sanitari e sociali (SerT, salute mentale, consultori, assistenza domiciliare, prevenzione, educazione sanitaria, commissione per l'invalidità civili ecc..)
Gruppi di Cure Primarie (GCP)	I GCP in associazionismo evoluto ed integrato mirano al coinvolgimento dei MMG e dei PLS nel governo di percorsi assistenziali condivisi con altre figure professionali non solo sanitarie ma anche socio-assistenziali con il fine di garantire la continuità assistenziale soprattutto per i malati cronici. L'erogazione delle cure avviene in forme organizzate a livello Distrettuale composte da gruppi di MMG e di PLS e integrate da altre figure professionali (medici di continuità assistenziali, medici specialisti, infermieri, operatori socio-sanitari ecc)
Centri Polifunzionali appartenenti al CO.S	Consorzio di Consorzi Regionali di aggregazione avanzate di MMG (cooperative di servizi) con vari Centri polifunzionali sparsi sul territorio. Bacino d'utenza: 3000000 abitanti
Consorzi o cooperative di MMG	Gruppi autonomi di MMG organizzati in associazioni a carattere locale

Tabella 7. Evoluzione delle Cure Primarie Complesse: la Legge n.189 dell'8 Novembre 2012 (Decreto Balduzzi)

Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP) (ex Case della Salute)	Rappresentano il modello organizzativo e funzionale delle AFT. Aggregazioni strutturali multi professionali con ambiti intradistrettuali in cui operano MMG (≥ 20), medici specialisti ambulatoriali, infermieri e alcuni specialisti. Viene erogata assistenza sanitaria di base, continuità terapeutica e diagnostica di primo livello. Bacino d'utenza: < 30.000 abitanti
Aggregazioni funzionali territoriali (AFT)	Sono aggregazioni funzionali obbligatorie mono-professionali di MMG in numero non inferiore a 20 con un bacino d'utenza non > 30.000 che condividono in forma strutturata obiettivi e percorsi assistenziali garantendo la continuità assistenziale. Ogni AFT ha un coordinatore che rappresenta i medici nei rapporti con l'ospedale di riferimento, con il Distretto e con l'Azienda.

Tabella 8. Elementi essenziali per una sanità efficiente e premiante

Attivazione Day Service multidisciplinare (DSMa) delle acuzie: gestione del paziente acuto che non necessita di ricovero ospedaliero (“linea diretta” con il Pronto Soccorso Medico)
Attivazione Day service multidisciplinare (DSMc) della cronicità: gestione del paziente cronico complesso (prevenzione riacutizzazione, gestione riacutizzazione, attivazione servizi territoriali, educazione terapeutica) e elemento di congiunzione tra Ospedale e Territorio (gestione casi segnalati sia dall’Ospedale sia direttamente dagli ambiti Territoriali)
Creazione di percorsi diagnostici-terapeutici-assistenziali (PDTA) multidisciplinari e multidimensionali condivisi tra Ospedale e Territorio per tutte le più frequenti patologie acute e croniche e per le più comuni problematiche sociali. Tali percorsi debbono poter essere attivati in ogni ambito assistenziale 24 ore su 24, 7 giorni su 7.
Il medico ospedaliero in una logica di intensità di cura, sia esso internista o specialista deve “spendere” parte del proprio tempo in collaborazione con i Servizi Territoriale come elemento determinante per la realizzazione della continuità assistenziale.
Utilizzo di indicatori come il Mortality/Morbidity e l’audit clinico in meeting interdisciplinari per aree di malattia in percorsi intra ed extraospedalieri

Bibliografia

- 1) R. Nardi, D. Borioni, F. Berti, A. Greco, G. Scanelli, P. Leandri, M. Reta, M. Mazzetti, A. Pasquale, G. Belmonte, M. Magnani, S. Frasson, C. Baldo, G. Gussoni, G. Vescovo, M. La Regina, M. Campanini, I. Iori, G. Mathieu, A. Mazzone, C. Nozzoli, A. Fontanella. La complessità dei pazienti ricoverati nei reparti ospedalieri di Medicina Interna: di che cosa stiamo parlando? Quaderni Italian Journal of Medicine 2014 volume 2.
- 2) Cartabellotta. Clinical governance: ultima spiaggia per salvare la sanità pubblica? Quaderni Italian Journal of Medicine 2014 volume 2.
- 3) Roberto Nardi, Vincenzo Arienti, Carlo Nozzoli, Antonino Mazzone. Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare. Italian Journal of Medicine (2012) 6, 1—13
- 4) Kwok AC, Semel ME, Lipsitz SR, et al. The intensity and variation of surgical care at the end of life: a retrospective cohort study. Lancet. 2011;378 (9800):1408-1413.
- 5) Kyle H. Sheetz, MD, MS; Justin B. Dimick, MD, MPH; Amir A. Ghaferi, MD, MS The Association Between Hospital Care Intensity and Surgical Outcomes in Medicare Patients. JAMA Surgery December 2014 Volume 149, Number 12
- 6) Braithwaite J, Westbrook MT, Hindle T, Iedema RA, Black DA. Does restructuring hospitals result in greater efficiency? - an empirical test using diachronic data. Health Serv Manage Res 2006;19:1-12.
- 7) Future hospital: Caring for medical patients. A report from the Future Hospital Commission to the Royal College of Physicians. September 2013
- 8) Volpato S, Bazzano S, Fontana A, Ferrucci L, **Pilotto A** . Multidimensional Prognostic Index Predicts Mortality and Length of Stay During Hospitalization in the Older Patients: A Multicenter Prospective Study; on behalf of the **MPI-TriVeneto** Study Group. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2014 Sep 9.