La presa in carico non prevede la richiesta del MAP ma, l'IFeC contatta l'utente invitandolo ad un primo incontro ambulatoriale o programma un incontro domiciliare, se impossibilitato nello spostamento. Durante la prima visita, l'IFeC effettua una raccolta dati e valuta la rete di risorse afferenti all'utente con l'ecomappa e il genogramma. Al termine dell'incontro, l'IFeC redige una relazione che condivide con l'utente durante la visita successiva, nella quale viene riportato il riferito dall'utente, quanto condiviso con l'IFeC e gli obiettivi educativi.
In dieci mesi di sperimentazione l'IFeC ha contattato 152 utenti in TAO e il 97% ha aderito al progetto che prevede interventi educativi rivolti in senso olistico rispetto ai bisogni della persona e della famiglia. Dall'avvio della sperimentazione il numero dei prelievi per determinazione PT/INR è diminuito del 13,1%, nonostante un aumento del 4,4% degli utenti in TAO. Questo risultato si è ottenuto anche in seguito ad una riorganizzazione, effettuata dall'IFeC, abbinando al prelievo per PT la giornata di presenza del MAP in ambulatorio nel pomeriggio, per la prescrizione della terapia. I ricoveri ospedalieri degli utenti educati si sono ridotti del 12% e i giorni medi di degenza sono passati da13 a 8. Tra gli obiettivi raggiunti vi è un rafforzamento della continuità assistenziale ospedale-territorio che ha preso avvio con la SC. Cardio/UTIC grazie ad un progetto che prevede la presa in carico da parte dell'IFeC in sede ospedaliera, degli utenti che verranno dimessi con la TAO.

Simposio

IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA

MODERATORI: **N. FRANCESCHINI (GENOVA), P. GOBBI (MONZA BRIANZA)**

Il modello per complessità clinica e intensità assistenziale: orientamento etico ed organizzativo

G. Bollini

Milano

L'ospedale organizzato per livelli di intensità assistenziale adotta un modello organizzativo innovativo che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza di cui necessita.
È basato sul concetto di *Patient Focus Care* secondo il quale occorre centrare l'ospedale sulla persona e sulle sue esigenze quindi non esclusivamente sulla sua patologia.
Revisione totale di un approccio, un cambiamento radicale dell'angolo di visuale: tutto deve essere realizzato per soddisfare le necessità del singolo cittadino malato e quelle della comunità che lo accoglie.
In base all'esperienza quotidiana di tutti noi, è molto frequente verificare che pazienti ricoverati nella stessa area specialistica spesso presentano, fin dall'inizio del ricovero, quadri clinici e intensità assistenziale differenziati.
L'ospedale per intensità di cura, riconoscendo questo dato, pone come soluzione la strutturazione di aree di degenza, spesso multi specialistiche, graduate rispetto al livello di cure, superando così l'articolazione attuale basata sulla disciplina medica specialistica.
Lo scopo è di evitare l'erogazione, a tutti i pazienti di un livello di cure "medio", abbassando di fatto il livello assistenziale dei pazienti più gravi ed elevando inutilmente quello dei pazienti più stabili.
Quello che si è sviluppato all'AO Niguarda vede la strutturazione di aree di degenza, tendenzialmente multispecialistiche, graduate rispetto al livello di cura e, per alcuni settori, "con standardizzazione" in base ai tempi di ricovero:

- terapia intensiva (che resta tale con le sue norme di accreditamento istituzionale);
- alta intensità (degenza di nuova istituzione, ad altro grado di assistenza, di breve durata);
- degenza ordinaria (che resta tale con le sue norme di accreditamento istituzionale);
- degenza a basso grado di assistenza (attività di cure subacute di nuova istituzione; si ricorda l'esperienza innovativa della Low Care);

degenza diurna (DH, DS).
È conseguente il fatto che tali scelte influenzino il comportamento etico del singolo professionista, riferendosi a quegli impegni etici e deontologici che egli assume nel rapporto con le persone assistite, considerando gli scopi altruistici della professione e la fiducia nella professione.

L'implementazione del modello di intensità di cura nel contesto sanitario nazionale: stato dell'arte e prospettive future

C. Regazzo

Presidente di Antiforma s.r.l. e docente di Organizzazione Aziendale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università di Milano

La crescente specializzazione della medicina per molti anni ha condizionato le modalità di progettazione e costruzione degli ospedali indirizzandole ai propri fini. La nascita di discipline sempre più specifiche ha infatti condotto i medici a richiedere spazi più definiti ove ognuno potesse svolgere la propria attività in modo autonomo.
Tale situazione ha cominciato a mutare su spinta di varie sollecitazioni esterne alla professione medica come, ad esempio, la presa di coscienza di un organizzazione in funzione del paziente, e con il conseguente passaggio da una medicina solo d'organo, patogenetica, ad una in cui prevale un approccio fondato sulla comunicazione e su una relazione in cui vengono negoziati i ruoli e i valori del medico e del paziente. Questa evoluzione ha portato a spostare il baricentro dell'interesse nella progettazione degli ospedali dal sapere medico alla persona ricoverata, con il conseguente cambiamento di prospettiva nella forma delle strutture e nell'utilizzo degli spazi.
Un secondo argomento importante è stato la necessità per i sistemi o le singole organizzazioni sanitarie di ricercare delle modalità operative utili ad affrontare il progressivo crescere dei costi con la conseguente necessità di diminuire i posti letto cercando nel contempo di concentrare la logistica dei servizi offerti da un lato, e dall'altro, ridurre io tempi di trattamento dell'acuzie. Questo riorientamento ha portato all'identificazione di modelli che superano quello per specialità, che è tuttora il prevalente specialmente nel Sud Europa; uno di questi è quello basato sull'intensità delle cure e sulla complessità assistenziale. In esso la definizione di "intensità" può identificare tre livelli individuati tra: alta, media, bassa intensità (con l'aggiunta

dell'attività ambulatoriale). La distribuzione dei ricoveri, fatta salva nella maggior parte dei casi la distinzione medico/chirurgico, non è dunque più legata alle caratteristiche della patologia ma principalmente al suo stadio clinico. A queste caratteristiche si devono aggiungere le valutazioni di tipo infermieristico per la misurazione della complessità assistenziale.
In realtà intensità di cura e di assistenza, nel senso stretto della definizione, individuano due modelli che non sono mai applicati in modo rigido ma che si intersecano con prevalenza dell'uno o dell'altro nelle diverse situazioni.

Bibliografia

AA.VV. *Quality and Safety: Virginia Mason Seets Sights on Defect-Free Healt Care System*. www.virginiamason.org

Galgano AC. *Il sistema Toyota per la sanità*. Milano: Guerini e Associati 2006.

Jones D, Mitchell A, Lean Enterprise Academy UK. *A report commissioned by the NHS Confederation an NHS*. Londra 2004.

Il modello di intensità di cura: le ricadute e gli esiti sugli operatori sanitari

M. Mongardi*, E. Di Ruscio**

**Area Governo Clinico, qualità dell'assistenza e valorizzazione delle professioni sanitarie, Servizio Presidi Ospedalieri, Direzione Generale Sanità e Politiche sociali, RER; ** Responsabile Servizio Presidi Ospedalieri, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, RER*

Il concetto generale di ospedale è largamente diffuso e condiviso ma la sua definizione non è univoca. La definizione dell'OECD dice che l'assistenza ospedaliera è "l'assistenza dispensata ai pazienti ufficialmente ammessi in ospedale e per un trattamento specifico e/o altro tipo di assistenza, in un ospedale o in un altro stabilimento che eroghi assistenza in regime di ricovero" e ancora nei documenti di programmazione sanitaria spesso viene definito ospedaliero ciò che non può essere erogato a livello di assistenza primaria. Oggi, l'organizzazione delle cure e dell'assistenza delle strutture ospedaliere a livello nazionale, a parte poche esperienze concentrate in alcune regioni come la Lombardia, Toscana, Liguria, Emilia-Romagna, ruota attorno alle discipline mediche e alle sue specialità. Il contesto sanitario e socio sanitario, profondamente mutato nell'ultimo ventennio da cambiamenti epidemiologici dei problemi di salute, l' innovazione tecnologica e scientifica, la centralità del paziente-cittadino e degli operatori, l'evoluzione delle professioni, la qualità e la sicurezza delle cure, le restrizioni socio economiche rendono necessari ristrutturare la rete ospedaliera e cambiare il modello organizzativo degli ospedali. *L'idea di un ospedale organizzato non per unità operative ma per livelli di intensità di cura e di assistenza, articolato in piattaforme assistenziali dove gli specialisti "ruotano attorno al letto del paziente" e cooperano su percorsi condivisi e con modalità di presa in carico chiare ed orientate al paziente, è quindi da concepire come uno dei molti strumenti che tentano di accompagnare lo scenario evolutivo sopra tratteggiato. È importante visualizzare questa relazione, e cioè il fatto che "il modello" accompagna (e non pretende certo di determinare) una evoluzione ben più ampia e ambiziosa (F. Niccolai, S. Nuti, 2012).* L'ospedale per intensità di cura è una modalità organizzativa che si colloca in continuità con un generale ed ormai "lungo" cambiamento dell'ospedale, volto a caratterizzarsi sempre più come un luogo di cura delle acuzie.
La centralità del paziente è l'elemento guida, attorno a lui ruota l'ospedale, si muovono i professionisti e si aggregano le tecnologie. È questo il "nuovo" ospedale che si sperimenta anche in Emilia-Romagna per coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza, mettendo ancora di più al centro il paziente e il livello del suo bisogno di cura.
Un ospedale quindi ad alta intensità di relazioni, che favorisce l'interprofessionalità, l'interdisciplinarietà, il dialogo e si propone di garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero con uguale livello di bisogno assistenziale. Il medico resta il responsabile del percorso diagnostico e terapeutico (ad esempio cardiologo per il cardiopatico); all'infermiere è affidata la gestione assistenziale per tutto il tempo del ricovero. L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli: alta intensità (le degenze intensive e sub intensive…); in media intensità (le degenze per aree funzionali: area medica, area chirurgica..); bassa intensità (per pazienti post acuti..). La modalità organizzativa dell'ospedale per intensità di cura vede coinvolti due aspetti importanti che riguardano gli operatori sanitari:
Il ruolo chiave degli infermieri - Un'idea di fondo dell'ospedale ad intensità di cura è anche quello di utilizzare/ valorizzare le competenze professionali degli infermieri che in altri paesi di sono sviluppate ben prima che in Italia. Nel nostro paese gli infermieri per molti anni sono stati tenuti in una posizione ancillare. Poi da metà degli anni '90 si è avuta una professionalizzazione del ruolo infermieristico che ne ha fatto non più una professione ausiliare, ma dotata di una propria autonomia; lo ricorda il profilo dell'infermiere del 1994 che riporta: *"l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".*
Tuttavia a questo sviluppo della professione infermieristica non ha corrisposto un pari riesame del processo assistenziale.
L'aggiornamento del ruolo del medico - Ai medici spetta la diagnosi e la terapia, oltre alla responsabilità della cura del paziente. Con l'ospedale organizzato per intensità di cura e complessità assistenziali il medico avrà più tempo per il disease management, la ricerca, la formazione professionale e da questo ne beneficerà l'appropriatezza e la sicurezza delle cure.
La sperimentazione di questo modello organizzativo è stata avviata in 9 Aziende sanitarie della Regione Emilia Romagna. I dipartimenti /Unità operative coinvolti nella sperimentazione appartengono all'area chirurgica o medica, mentre tre aziende hanno l'obiettivo di misurare l'impatto clinico organizzativo e gestionale dell'ospedale organizzato per intensità di cura nella week surgery, nella flessibilità di posti letto in area medica e nei percorsi diagnostico terapeutici-assistenziali (PDTA) dei pazienti con ictus e pazienti ortogeriatrici. La sperimentazione è supportata da un gruppo di lavoro regionale, da uno specifico evento formativo, garantito dalla Regione, ai gruppi di progetto delle Aziende sanitarie e da incontri di monitoraggio delle sperimentazioni in corso nelle suddette aziende. Ogni Azienda coinvolta nella sperimentazione ha definito un piano di valutazione prima e dopo la sperimentazione che coinvolge indicatori di effi-