

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II
SCUOLA DI MEDICINA E CHIRURGIA
DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA**



**DOTTORATO DI RICERCA IN ECONOMIA E MANAGEMENT DELLE AZIENDE E
DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE
XXVIII CICLO**

**Organizzazione e Innovazione, dalle Aree Funzionali
Omogenee al Modello di Intensità di Cure:
“Il Nuovo Ospedale del Mare.”**

RELATORE

Chiar.ma Prof.ssa Maria Triassi

CANDIDATA

Dott.ssa Teresa Rea

TUTOR

Chiar.ma Dott.ssa Maria Mongardi

Chiar.mo Dott. Ing. Ciro Verdoliva

A.A. 2014/2015

INDICE

Introduzione	3
CAPITOLO I.....	6
Complessità assistenziale e Intensità di cura.....	6
1.Complexità.....	6
1.1 La complessità assistenziale.	11
1.2 Intensità di cura.....	14
1.3 Dal curare al prendersi cura	16
CAPITOLO II	18
Gli strumenti per la determinazione della Complessità assistenziale.....	18
2. Panoramica legislativa sul carico di lavoro.....	18
2.1 Metodologie e indicatori della complessità assistenziale.....	21
2.2 Strumenti di classificazione dell'intensità clinica.....	24
CAPITOLO III	26
Monitoraggio della modalità organizzativa per intensità di cure	26
1. Anagrafica del aziende coinvolte.....	27
2. Aspetti generali del cambiamento.....	27
3. Strumenti a supporto del cambiamento.....	33
4. Gestione dei ruoli.....	35
5. Valutazione del percorso di revisione organizzativa	41
CAPITOLO IV	47
Progetto di implementazione del modello Organizzativo per Intensità di cure nel nuovo Ospedale del Mare	47
4.1 Il nuovo Ospedale del Mare.....	47
4.2 Organizzazione per Intensità di cure dell'Ospedale del Mare	50
4.3 I criteri di accesso	54
4.4 Il ruolo dei professionisti	55
4.5 Informatizzazione e Gli Strumenti di comunicazione.....	57
4.6 L'Assistenza infermieristica per Settore incentrata sul paziente	63
4.7 La nuova Organizzazione Dipartimentale.....	68
4.8 Dipartimento di Emergenza	69
4.9 Dipartimento di Neuroscienze	70
4.10 Dipartimento di Scienze Chirurgiche.....	71
4.11 Dipartimento di Scienze Mediche-Cardiologiche.....	73
4.12 Definizione del Fabbisogno delle dotazioni organiche.....	74
4.13 Formazione a supporto dello sviluppo organizzativo e professionale	79
Conclusioni	81

Introduzione

Il mutamento demografico, il progressivo invecchiamento della popolazione, l'incremento delle patologie cronico-degenerative, le innovazioni tecnologiche, diagnostiche e terapeutiche, le moderne disposizioni normative in termini di organizzazione sanitaria e lo skill mix delle professioni sanitarie, rappresentano gli elementi chiave del cambiamento rapido e profondo a cui la società -in ambito sanitario e non- è andata incontro negli ultimi 20 anni. Gli studiosi del settore, hanno definito questi fenomeni epocali, perché hanno di fatto modificato i bisogni socio-sanitari della popolazione, delineando esigenze che esigono ancora una revisione delle logiche sottese al governo del sistema sanitario.

Di fronte a questo mutato contesto sociale, demografico ed epidemiologico - la cui evoluzione è ben lungi dal dirsi ultimata-, le organizzazioni sanitarie sono sfidate ad avviare un processo di "*health care redesign*": non una semplice riorganizzazione ma una vera e propria trasformazione dell'offerta sanitaria per dare risposte adeguate alle nuove necessità di cura.

E' necessario ridisegnare i percorsi assistenziali ponendo al centro del sistema-salute il paziente, con tutta la sua irriducibile *complessità*. Obiettivo finale di questa riorganizzazione è assicurare una qualità delle cure più elevata, efficiente e personalizzata, rimuovendo tutte le eventuali variabili che potrebbero ostacolare il processo di cura.

Gli attori sanitari, a cui vengono attribuite inedite e più gravose responsabilità, sono pertanto chiamati a garantire con le loro decisioni strategico - operative un'assistenza di qualità che tenga conto dei bisogni espressi da una popolazione sempre più anziana e con maggiori aspettative, fornendole una risposta adeguata, al momento giusto e nel luogo più consono.

Le limitate disponibilità economiche non facilitano l'innovazione e la sperimentazione di nuovi modelli che, se adeguatamente applicati, potrebbero condurre al miglioramento organizzativo e terapeutico auspicato, ottimizzando anche le performance economiche.

Gli ospedali tradizionali, ingessati esclusivamente intorno al sapere medico e compartimentati dalla settorializzazione delle specialità scientifiche, non sembrano più adeguati alle affioranti ed evolute necessità assistenziali, rischiando, inoltre, di soffocare l'inalienabile visione olistica della persona a cui è essenziale fare riferimento durante il processo di cura.

Le tradizionali modalità organizzative di presa in carico del paziente, di prassi medica ed assistenziali si rivelano, pertanto, insufficienti a rispondere efficacemente al cambiamento in atto: il principio di "hosting" tipico dei modelli tradizionali di ospedale è superato da quello

emergente di “case management” che assicura la presa in carico della persona mediante un’assistenza personalizzata, unica e globale.

Bisogna recuperare la centralità del paziente, organizzandone e ottimizzandone l’assistenza secondo un modello per intensità di cura: ciascun paziente verrà così indirizzato verso un percorso unico con riferimenti sanitari certi che gli garantisca un’assistenza continua nel tempo e parametrata fedelmente ai suoi personalissimi bisogni.

Per compiere le scelte giuste e percorrere il sentiero del cambiamento, rispettosi delle sollecitazioni che lo guidano, bisogna individuare criteri univoci ed universali - a cui i professionisti possano far riferimento - che ben evidenzino tutte le varie sfumature dell’assistenza.

La Regione Campania, sottoposta da anni a rigorosi piani di rientro che hanno portato ad una drastica riduzione del numero di posti letto, blocco decennale del turnover del personale, con un’edilizia ospedaliera obsoleta, con un trend in crescita di cittadini che si curano in altre regioni, nel 2003, ha sottoscritto l’Accordo di programma con il Comune e L’Azienda Sanitaria Napoli 1 per la realizzazione del “*Nuovo Ospedale del Mare*”.

L’Ospedale del Mare è nato come modello innovativo di edilizia sanitaria, ad alto contenuto tecnologico e assistenziale, elaborato dall’arch. Renzo Piano su incarico del Servizio Studi e Documentazione del Ministero della Sanità (D.M. 12712/2000); la sua realizzazione è finalizzata alla ristrutturazione e riqualificazione della rete ospedaliera regionale e della città di Napoli, con la dismissione e riconversione di quattro presidi ospedalieri della città, afferenti all’ASL Napoli 1 centro: Ascalesi, Incurabili, San Gennaro, Loreto Mare.

L’obiettivo del presente lavoro è stato quello di declinare un modello organizzativo, che tenesse conto dell’evoluzione del ruolo dell’ospedale misurato non più sul numero di posti letto, ma sulla capacità di erogare prestazioni di salute. A tale fine il Dipartimento di Sanità Pubblica, dell’Università degli Studi di Napoli, diretto dalla Prof.ssa Maria Triassi, nel 2014, ha stipulato una convenzione con il commissario ad acta Ing. Verdoliva per individuare un modello gestionale che mirasse a garantire la centralità dei bisogni della persona assistita, appropriatezza organizzativa-gestionale e clinico-assistenziale, la valorizzazione dei professionisti come risolutori di problemi e non come semplici erogatori di prestazioni.

Il progetto ha previsto una fase di formazione sul campo della durata di due anni con l’obiettivo di approfondire l’applicazione di metodi e strumenti adottati dalle aziende sanitarie di piccole e grandi dimensioni di regioni quali la Toscana, l’Emilia-Romagna, la Lombardia che da diversi anni hanno avviato un processo di riorganizzazione dei modelli gestionali delle aziende ospedali.

L'intensità di cure e la complessità assistenziale sono stati gli elementi guida per la realizzazione del modello organizzativo dell'Ospedale del Mare.

La struttura fisica del nuovo ospedale, caratterizzata dall'alta flessibilità consentita dalla modularità delle soluzioni adottate, dovrà essere affiancata da un sistema organizzativo altrettanto flessibile. Il modello prescelto supera il concetto di reparto tradizionale, in quanto le funzioni specifiche non sono più legate alla peculiarità delle singole discipline specialistiche, realizzando piattaforme di degenza caratterizzate dalla gradualità dell'intensità delle cure erogate.

L'ospedale così organizzato, si discosta dalla tradizionale visione di luogo di cura e assistenza chiuso in se stesso dove vige la netta separazione tra sani e malati, per diventare componente di un sistema di assistenza complesso e integrato che mette al centro la persona e le sue necessità, che è capace di aprirsi al territorio e di integrarsi con la comunità sociale.

CAPITOLO I

Complessità assistenziale e Intensità di cura

1. Complessità

Negli ultimi anni sempre in più ambiti si fa ricorso al termine complessità. Numerosi studiosi hanno provato a darne una definizione, tra i quali J. Horgan¹ che in un suo saggio ne menzionò ben 31, ma ad oggi ancora non si è giunti ad una spiegazione chiara e precisa del termine.

L'enciclopedia Treccani² riporta come definizione di complesso “ciò che risulta dall'unione di più parti od elementi”.

Dunque l'aggettivo “complesso” non vuole indicare qualcosa di complicato - nell'accezione di difficile -, vuole bensì far percepire un'interconnessione, un intreccio la cui soluzione non si può ottenere con una scomposizione delle sue parti ma attraverso una comprensione d'insieme.

Pertanto, un sistema complesso non può essere indagato in maniera lineare con l'utilizzo di metodologie riduzionistiche, che permettano la scomposizione del problema nelle parti che lo costituiscono, ma richiede un approccio di tipo olistico.^{3,4}

La differenza tra gli aggettivi “complicato” e “complesso” viene ripresa da Zanarini che nel 1996 afferma: “ciò che è complicato, una volta spiegato, può venire reso semplice; ciò che è complesso, invece, non può venire ricondotto agli elementi semplici che lo costituiscono senza che si perda, irrimediabilmente, qualcosa di essenziale. La parola complesso fa infatti riferimento all'incrocio, al tessuto. E il tessuto, pur essendo costituito di parti (i fili, la trama, l'ordito), possiede caratteristiche che le singole parti non hanno, e che solo limitatamente possono venire «spiegate» disfaccendo l'intreccio.”⁵

La metafora del tessuto, utilizzata già da Morin⁶ nel 1993, ben si presta a spiegare che la complessità di un fenomeno, di un “caso” assistenziale, non può essere compresa

¹ Horgan J. From Complexity to Perplexity. Scientific American. Giugno 1995.

² Vocabolario online della lingua italiana. <http://www.treccani.it/vocabolario/complessità>.

³ Bocchi G, Ceruti M. La sfida della complessità. Mondadori, 2007; pp. 60-78.

⁴ Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Adelphi, Milano 1977.

⁵ Zanarini G. Caos e complessità. Sissa-Isas Napoli, CUEN, 1996.

⁶ Morin E. Introduzione al pensiero complesso. Sperling & Kupfer, Milano 1993.

identificando i dati che lo compongono o la tipologia degli elementi in gioco, ma occorre considerare l'intreccio di una rete significativa di relazioni.⁷

L'organizzazione sanitaria viene oggi considerata come un sistema complesso adattivo:⁸ "complesso" perché caratterizzato da innumerevoli variabili interne ed esterne, da una rilevante presenza operativa di un certo numero di persone, da molteplici attività e processi e da un'elevata specializzazione e diversificazione; al contempo "adattivo" poiché capace di evolvere e adattarsi all'ambiente, apprendendo da esso.

In questo momento storico di forte tensione, i sistemi sanitari sono chiamati a gestire una complessità derivante da un processo di profondo cambiamento che interessa tutti i livelli di organizzazione: dalla ridefinizione degli obiettivi di politica sanitaria, alle modifiche dei modelli di gestione e organizzazione dei servizi, alle relazioni con l'utenza.

La difficoltà principale non è tanto rappresentata dalla ridefinizione della *mission* degli ospedali e della loro riorganizzazione interna, quanto dalla necessità di orientare i processi di cambiamento e misurarne gli effetti e, al contempo, indagare le preoccupazioni degli attori sanitari al riguardo.

Gli infermieri, e gli altri operatori sanitari, sono chiamati a riconoscere non solo la complessità ambientale, ma anche e soprattutto la complessità assistenziale manifestata da ogni persona. Il presupposto a tale sfida è che proprio dalla complessità assistenziale sia possibile definire la tipologia di correlazioni da attivare per effettuare i processi di assistenza, sia nella componente professionale sia in quella organizzativa e gestionale.

Vi sarebbe, ora, da chiedersi cosa sia la "complessità assistenziale", o quantomeno inquadrarne il sostrato concettuale: per iniziare, la definizione più condivisa in letteratura, è quella avanzata nel 2003 da Moiset, che la identifica come "l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di impegno e quantità-lavoro dell'infermiere".⁹

In ambito infermieristico, quando si parla di complessità assistenziale non si fa dunque solo riferimento a una valutazione dei bisogni di tipo fisico, educativo, relazionale del singolo paziente o di un insieme di pazienti, ma anche all'analisi delle attività e al contesto in cui queste vengono erogate.

⁷ Pitacco G, Silvestro A. Il Modello di Analisi della Complessità Assiatenziale. Atti del XII Congresso Aniarti. Bologna 2003.

⁸ Plšek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. A conference held in Washington, D.C. January 27-28, 2003.

⁹ Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F. Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. Milano, McGraw-Hill, 2003.

A tal proposito, la qualità dell'assistenza non è altro che il risultato finale di un complesso ordito di fattori quali: la diagnosi medica, le capacità di gestione di un sistema sanitario, l'uso razionale delle risorse disponibili, le competenze nel governare le innovazioni biomediche e la gestione del rischio.

Storicamente la diagnosi medica è sempre stata considerata il fattore preminente del bisogno assistenziale, è ormai assodato però che essa non possa essere l'unica origine e ratio del processo d'assistenza. Esso necessita, infatti, di un nuovo sistema di "pesatura", che non sacrifichi più la qualità sull'altare della quantità. Tale sistema, al pari dei DRG - che hanno reso in parte possibile pesare l'assistenza medica erogata - deve rappresentare, da un lato, uno strumento di integrazione fra le diverse figure operanti e, dall'altro, un medium che evidenzi la performance infermieristica: solo in tal modo verrebbe espresso il reale fabbisogno di salute della popolazione coinvolta e la vera complessità del servizio erogato.

Nel faticoso processo che negli ultimi decenni sta conducendo verso un più sensibile ed equo sistema di pesatura, è possibile rilevare due errori di fondo metodologico-ermeneutici che hanno inquinato il concetto di "complessità assistenziale infermieristica":

1. la complessità è direttamente proporzionale al grado di disabilità motoria della persona;
2. la complessità è direttamente proporzionale al bisogno di procedure diagnostico-terapeutiche.

Asserzioni che, se pur valide in specifici casi, si son verificate inestensibilmente universalmente, a fronte di numerose verifiche.¹⁰

In particolare, il Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Cantarelli del 1996, pietra miliare nel panorama italiano per quanto riguarda la valutazione della complessità assistenziale, sovverte tale visione affermando che *"le prestazioni di competenza infermieristica siano inversamente proporzionali all'autonomia del paziente"*.

Tale modello prevede 11 prestazioni infermieristiche, rispondenti ai principali bisogni di assistenza espressi dall'utenza, e per ciascuna di esse 5 livelli di complessità assistenziale.

Ogni prestazione prevede lo svolgimento di azioni complesse e coordinate tra loro di cui il professionista si assume piena responsabilità. Infatti l'infermiere decide, a seconda del "caso assistenziale", la tipologia di intervento, la modalità di azione e i tempi di erogazione e di valutazione dei risultati.¹¹

¹⁰ Gazzola G. Scheda di "Osservazione" in Lombardia, in "Assistenza Anziani". Aprile-maggio 2009.

¹¹ Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson, 1996.

A ogni bisogno di assistenza infermieristica corrisponde una specifica prestazione:

- *assicurare la respirazione;*
- *assicurare l'alimentazione e l'idratazione;*
- *assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale;*
- *assicurare l'igiene;*
- *assicurare il movimento;*
- *assicurare il riposo e il sonno;*
- *assicurare la funzione cardiocircolatoria;*
- *assicurare un ambiente sicuro;*
- *assicurare l'interazione nella comunicazione;*
- *applicare le procedure terapeutiche;*
- *eseguire le procedure diagnostiche.*

Mentre i cinque livelli di complessità assistenziale sono caratterizzati da differenti azioni aventi le finalità di:

- **indirizzare:** orientare la persona all'acquisizione di *determinate conoscenze*. Tale azione si fonda sul presupposto che l'utente, fatte proprie le conoscenze in oggetto, sia in grado di soddisfare i propri bisogni;
- **guidare:** sorreggere la scelta con un intervento teorico e/o pratico, supponendo che la persona, *compiute delle scelte e acquisite specifiche abilità*, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare il bisogno;
- **sostenere:** contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza. L'azione di sostegno parte dall'ipotesi che la persona, *messa in condizione di poterlo fare*, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno;
- **compensare:** intervenire per stabilire l'equilibrio perduto attraverso una parziale sostituzione. Affinché l'utente soddisfi il bisogno espresso sono necessari costanti interventi assistenziali di sostituzione parziale per svolgere determinate attività.
- **sostituire:** espletare completamente una o più funzioni di una persona sostituendolo in toto. La premessa a tale azione è che la persona necessiti di interventi assistenziali di totale sostituzione, anche mediante l'impiego di ausili, presidi o attrezzature da parte dell'infermiere.

A ciascuna di queste dimensioni dovrebbe essere attribuito un valore, attraverso l'individuazione di parametri di analisi rappresentativi, che di volta in volta permetta di ottenere una reale riproduzione della complessità assistenziale.

La valutazione sistematica della complessità assistenziale riveste un ruolo importante sia in un'ottica di miglioramento della qualità sia per una corretta redistribuzione quantitativa e qualitativa delle risorse infermieristiche. Infatti, numerosi sono i vantaggi offerti non solo agli infermieri e ai coordinatori, ma anche ai manager aziendali (Tabella 1).¹²

Punto di vista	Vantaggi
Coordinatore	Gestire il personale infermieristico
	Allocare le risorse disponibili secondo il peso assistenziale effettivo
	Monitorare il carico complessivo dell'U.O.
	Valutare se l'organico è adeguato rispetto al carico assistenziale complessivo
	Misurare e documentare il lavoro dell'U.O.
	Confrontare le performance di UU.OO. diverse
Infermiere	Garantire prestazioni sicure e adeguate alla necessità del paziente
	Migliorare la documentazione del lavoro infermieristico
	Supportare gli operatori nella presa di decisioni
Management aziendale	Monitoraggio continuo della complessità in ogni singola U.O.
	Indicatore per la determinazione dei costi
	Strumento per l'assegnazione oggettiva della dotazione organica più appropriata ed efficace
	Strumento per la pianificazione strategica
	Misura una variabile determinante del rischio clinico

Tabella 1 - Vantaggi della rilevazione sistematica della complessità assistenziale

Pertanto la determinazione della complessità assistenziale, avvalendosi di criteri oggettivi, riproducibili e verificabili, consente di compiere scelte strategiche ottimali e indicative di tutti gli aspetti dell'assistenza, in particolare:

- arrivare ad una più obiettiva allocazione delle risorse, sia quantitativa che qualitativa, attraverso un approccio multidimensionale, in grado di riflettere gli effettivi bisogni del paziente, migliorando di conseguenza la qualità dell'assistenza;¹³
- confrontare le performance offerte a gruppi omogenei di utenza ponendo le basi per una verifica di fattibilità che permetta di ripensare l'assistenza;

¹² Management per le professioni sanitarie. Dispensa: intensità di cura e complessità assistenziale. Maggioli editore 2012.

¹³ Silvestro A, Maricchio R, Maldonado A, Min Molinar M, Rossetto P. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. Mc Graw Hill, Torino 2011.

- dare la visibilità alla professione infermieristica attribuendole il peso necessario al momento dell'assegnazione delle risorse.

In questo contesto non solo c'è bisogno di ripensare l'offerta sanitaria ma è anche necessario ridefinire le presenze professionali: servono infermieri che siano pronti a farsi carico di nuove responsabilità e a cui vengano richieste maggiori competenze di tipo gestionale.

1.1 La complessità assistenziale.

La riorganizzazione dell'ospedale, pretende un ripensamento della presa in carico del paziente affinché l'assistenza sia il più possibile personalizzata, univoca e condivisa attraverso tutti i sistemi di cura. Occorre quindi abbandonare l'idea di curare la malattia, per abbracciare i bisogni del malato nel suo irriducibile "complesso"; ciò determina nuovi modelli di lavoro multidisciplinari per processi e obiettivi.

La base per l'elaborazione del modello è:

- la convinzione che la personalizzazione dell'assistenza meriti una nuova centralità, risultando essere ad oggi ancora una chimera, affidata superficialmente a slogan vuoti di contenuti;
- la constatazione che l'ospedale debba essere un luogo di cura per pazienti acuti con dimissioni precoci, demandando a strutture specialistiche e territoriali le degenze croniche;
- l'idea che sia necessario garantire una forte integrazione con il territorio mediante una capillare diffusione di servizi locali;⁷
- la definizione di variabili e parametri che permettano di stimare la complessità assistenziale, facendone lo strumento per raccordare più efficacemente i bisogni dell'utenza e il fabbisogno del personale sanitario.

La complessità assistenziale delle varie realtà sanitarie è caratterizzata da numerose variabili quali ad esempio la struttura architettonica, la distanza dei servizi diagnostici dal paziente, la disponibilità di attrezzature di risorse e di tecnologie, le caratteristiche del gruppo professionale, la cui misurazione deve necessariamente tener conto delle caratteristiche delle persone assistite.

Le prime elaborazioni per il calcolo della complessità si sono basate sulle variabili che definiscono la complessità organizzativa descritte e analizzate da Roberto Vaccani:¹⁴

¹⁴ Vaccani R. La sanità incompiuta. Roma, NIS, 1991.

“incertezza”, “interdipendenza” e “decentramento della discrezionalità decisoria”, cui si aggiunge la variabile moltiplicatrice della “dimensione” che, sebbene non contribuisca direttamente alla “pesatura” della complessità assistenziale del singolo, si basa sull’inconfutabile evidenza che maggiore è il numero di persone da assistere, maggiore sarà il numero di infermieri necessari.

Le variabili individuate sono state analizzate per verificarne la trasposizione in ambito assistenziale e successivamente utilizzate per il calcolo della complessità assistenziale.

- La variabile “*incertezza*” declina la condizione di “salute/malattia” della persona, di per sé “incerta” per le modifiche più o meno prevedibili che si possono verificare durante il processo curativo e assistenziale (mancato raggiungimento dei risultati ipotizzati, evento improvviso che conduce ad uno stato di criticità vitale o interrompe la vita della persona).
- La variabile “*interdipendenza*” declina la “capacità/possibilità” dell’assistito di “rispondere autonomamente ai propri bisogni” o la necessità di ricorrere a terzi (infermiere, OSS, caregiver) per soddisfarli.
- La variabile “*discrezionalità decisoria*” declina la capacità/possibilità della persona assistita di “decidere cosa desidera per sé in termini curativi e assistenziali”, ergo la volontà di scegliere la tipologia di interventi curativi, terapeutici e assistenziali che si desidera vengano inseriti nel piano assistenziale.

La costante relazione tra le tre variabili definisce i bisogni di assistenza infermieristica del paziente ed evidenza, inoltre, l’area di competenza e le conseguenti tipologie d’intervento-dell’infermiere.

Le variabili sono state, quindi, calibrate su alcuni elementi cardine:

- la condizione di salute/malattia;
- la "competenza" intesa come "saper agire", ovvero capacità di comprendere le proprie necessità e di scegliere i comportamenti idonei;
- la capacità di soddisfare autonomamente i propri bisogni ossia di essere in grado di “fare”.

Tanto più la situazione assistenziale della persona è complessa tanto più è importante soffermarsi su elementi generali da cui sviluppare l’analisi, piuttosto che studiare pedissequamente le singole componenti della situazione. Sulla base di tale logica le tre variabili, interdipendenti, sono state riportate su tre assi permettendo una definizione grafica della complessità assistenziale della persona (Figura 1).

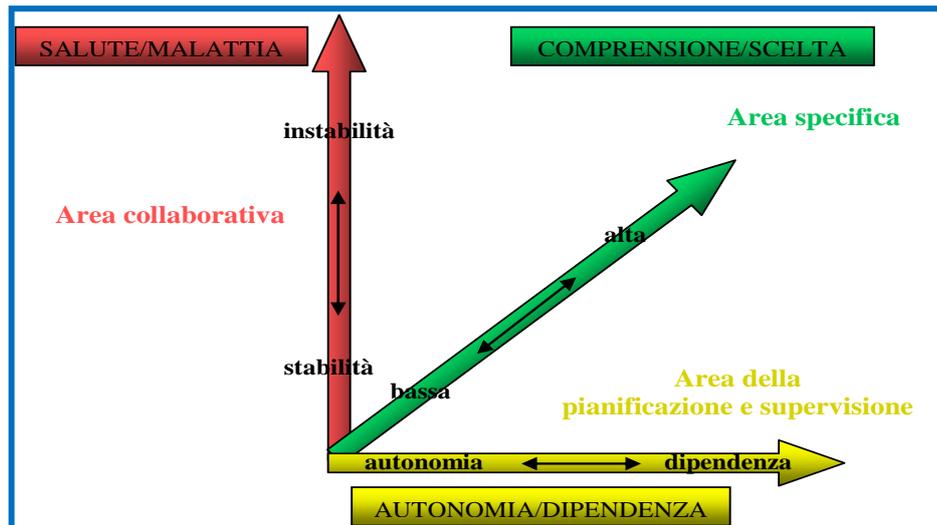


Figura 1 - Rappresentazione grafica della complessità assistenziale

L'asse di "Salute/Malattia" viene vista in termini di stabilità/instabilità clinica della persona assistita ed essa delinea l'area cosiddetta "collaborativa" dell'infermiere con altri professionisti sanitari: l'infermiere deve, infatti, garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche. Da ciò si può dedurre che ad un'alta instabilità clinica corrisponde una bassa discrezionalità decisionale dell'infermiere, a cui è richiesta: una solida competenza tecnica (per individuare e valutare i segni e i sintomi presentati dall'utente), una significativa capacità gestionale nel decidere come e quando mettere in atto le prescrizioni e, se si prevede che una situazione possa diventare critica, la capacità di attivare ulteriori risorse.

L'asse "Comprensione/Scelta" evidenzia la capacità dell'assistito di capire la situazione e, di conseguenza, mettere in atto determinati comportamenti per ristabilire o mantenere la propria salute o riprogettare la propria vita in funzione di una condizione patologica. Tale variabile delinea un'area di specificità e autonomia infermieristica, in cui l'infermiere ha un'alta discrezionalità decisionale. Il compito, in questi casi, è quello di "mobilizzare le risorse" della persona assistita attraverso interventi informativi, educativi e formativi, al solo fine di permettere al paziente, o al caregiver, di operare scelte consapevoli.

L'asse "Autonomia/Dipendenza" valuta la possibilità del paziente di comportarsi secondo quanto previsto dal piano assistenziale: esso delinea l'area della pianificazione/supervisione del fabbisogno infermieristico.

Anche nella suddetta area si evidenzia un'alta discrezionalità decisionale dell'infermiere rispetto alla pianificazione delle attività da mettere in atto e alla decisione di effettuare direttamente o demandare agli operatori di supporto gli interventi, continuando comunque ad

essere responsabile dell'andamento, della supervisione e della verifica di quanto effettuato da altri.

Il modello di Complessità assistenziale permette di evidenziare che l'assistenza infermieristica è un processo di presa in carico ad elevata integrazione con la persona assistita e con i caregiver, oltre che con gli altri professionisti sanitari e con il personale di supporto.

1.2 Intensità di cura

Nella sfida di riorganizzare gli ospedali tenendo ben presenti le nuove istanze dell'iter clinico-gestionale, il modello per "intensità di cura" pare fornire, più di altri, una risposta concreta all'esigenza di incremento della complessità sia clinica che assistenziale, dovuto a elevati livelli di instabilità e alla presenza di pazienti anziani comorbosi.

La diffusione di tale forma organizzativa ha previsto di restituire centralità al paziente superando la visione anacronistica di un ospedale incentrato esclusivamente sulla settorializzazione del sapere: infatti, la divisione dei reparti in differenti specialità scientifiche, un tempo percepita come l'unica evoluzione possibile della scienza medica, rischia di eliminare la visione olistica della persona a cui è opportuno fare riferimento durante il processo di cura.

L'applicazione di questo nuovo modello richiede un importante cambiamento della mentalità e del *modus operandi* di tutti gli operatori sanitari: chiamati ad integrare le varie professionalità, dovranno garantire il passaggio dalla cura della singola fase clinica a una vera e propria presa in carico del paziente con un approccio multidisciplinare e multi professionale. La riorganizzazione della rete ospedaliera in base alla "standardizzazione" dei criteri di realizzazione dei nuovi ospedali - confermata anche a livello normativo con interventi legislativi sia nazionali che regionali - ha delineato un nuovo volto della struttura ospedaliera¹⁵ sempre più luogo di cura e ricovero per le acuzie, struttura ad alta concentrazione di tecnologie collegata in rete con altri livelli di assistenza e particolarmente attenta alla dimensione umana del paziente ricoverato. Presupposti necessari a tale ammodernamento sono il decentramento delle attività assistenziali sul territorio e l'integrazione ospedale-territorio, attraverso una rimodulazione dei percorsi intra- ed extra-ospedalieri, in un'ottica che pone al centro i bisogni del cittadino.

¹⁵ Baragatti L, Messina G, Ceccarelli F, Tonelli L, Nante N. Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale. *Organizzazione Sanitaria* 2009, 1: 5-35.

L'ospedale del XXI secolo si sta trasformando dal tradizionale luogo di cura e assistenza di alto livello, atto a separare e distinguere sani e malati, a componente di un sistema di assistenza complesso e integrato.

Le tipologie di degenza vanno realizzate in settori il più possibile comuni in modo da permettere la collaborazione di molteplici professionalità, salvo particolari eccezioni (ad esempio il settore materno-infantile).

Esse non sono più suddivise in base alle singole discipline specialistiche, ma in relazione all'intensità di cura.

L'ospedale organizzato per intensità di cura, strutturato per aree in base a un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità, definisce un nuovo paradigma del concetto di cura: il bisogno di assistenza si separa, secondo un parametro di intensità, dal legame tradizionalmente univoco con l'iter clinico e le responsabilità cliniche, si scindono da quelle gestionali.

L'abbandono del vecchio modello, che attribuiva alle unità operative spazi e posti letto prefissati permette ai presidi ospedalieri di medie dimensioni di rispondere in maniera flessibile e personalizzata ai cittadini, graduando l'intensità delle cure, cioè commisurando le risorse (posti letto, assistenza infermieristica, tecnologie) verso la popolazione di pazienti caratterizzata da più elevati livelli di complessità clinico-assistenziale.

In tale ottica, il personale infermieristico è chiamato a lavorare per funzioni (e non più per compiti) e formare equipe^{16,17,18} con gli altri professionisti sanitari, in modo da partorire una maieutica condivisione dei saperi e delle pratiche, permettendo l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra gli operatori. L'integrazione e la condivisione dei processi tra le diverse specialità non potrà che avere una ricaduta positiva sulla qualità dell'assistenza fornita al paziente.

È, inoltre, prevista la creazione di percorsi differenziati all'interno dell'ospedale: dal primo accesso in ospedale fino al momento della dimissione il paziente sarà preso in carico da un case manager,¹⁹ che stabilisce e supervisiona il piano delle cure integrando tutte le funzioni specialistiche svolte dai colleghi.

Altra importante differenza dell'ospedale organizzato per intensità di cura è delineata dalla separazione delle responsabilità gestionali da quelle cliniche. Il professionista a cui

¹⁶ DM 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6.

¹⁷ DM 17 gennaio 1997, n. 70. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico. Gazzetta Ufficiale 27 marzo 1997, n. 72.

¹⁸ Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999.

¹⁹ Piano Sanitario della Regione Toscana. Paragrafo 5.4.1 - L'ospedale per intensità di cure.

corrisponde un ruolo gestionale dovrà assicurare l'utilizzo appropriato delle risorse e creare le migliori condizioni di lavoro a coloro a cui corrisponde un ruolo professionale.

L'ospedale organizzato per intensità di cura rappresenta una forte innovazione organizzativa facendosi portatore di valori importanti che possono essere essenzialmente ricondotti a tre aspetti fondamentali:

1. la necessità di porre il paziente al centro dell'organizzazione, aspetto che si realizza attraverso i meccanismi di "presa in carico" attivati dal medico (referente clinico che organizza e coordina il percorso diagnostico e terapeutico) e dall'infermiere, (referente assistenziale che pianifica, gestisce e valuta l'intervento infermieristico di natura tecnica, relazionale ed educativo);
2. la possibilità di crescita e di responsabilizzazione dei professionisti sanitari.
3. la multidisciplinarietà e l'integrazione tra i professionisti chiamati a lavorare in equipe.

Mentre la responsabilità clinica di un paziente resta di competenza del medico, agli altri professionisti sanitari, grazie anche all'evoluzione normativa e formativa universitaria degli ultimi venti anni,^{20, 21} vengono attribuite competenze autonome e le relative responsabilità circa i processi assistenziali, riabilitativi e gestionali. Per tale motivo è necessaria l'integrazione tra i varie professionisti della salute al fine di raggiungere un obiettivo comune: la risoluzione del problema di salute del paziente.

1.3 Dal curare al prendersi cura

L'intensità di cura e la complessità assistenziale rappresentano soluzioni organizzative capaci di rispondere alle esigenze di pazienti con più patologie e che, vista l'anzianità, stanno diventando più complessi sotto il profilo clinico e assistenziale.

Le differenti intensità e complessità presentate dai pazienti rendono non sempre semplice l'applicazione di questi modelli, per cui nella gestione del paziente acuto si necessita di molteplici approcci di cura e di assistenza al fine di individuare il livello di cura verso cui l'utente deve essere indirizzato.

²⁰ Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.

²¹ Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice Deontologico dell'Infermiere 2009.

Ad indicare la configurazione dell'organizzazione ospedaliera è innanzitutto la componente clinica che, una volta stabilita attraverso apposite scale, orienterà il paziente ad un preciso livello nel quale esso riceverà le cure prescritte secondo il proprio grado di intensità.

Il primo approccio prevede, quindi, la determinazione del livello di intensità di cura stabilito in funzione dell'instabilità clinica, intesa come il grado e la numerosità dei parametri fisiologici alterati: vengono essenzialmente valutati i bisogni clinici, di diagnosi e cura, e pianificato un percorso clinico con l'intervento o meno di uno o più specialisti.

Successivamente, sono determinati i bisogni assistenziali del paziente, ovvero la sua complessità assistenziale, attraverso la valutazione del grado e del numero di problemi per i quali è richiesto un supporto assistenziale. La complessità assistenziale è, pertanto, espressa in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro richieste all'infermiere.²²

I concetti di intensità di cura e complessità assistenziale, una coppia di riferimento per ogni paziente, anche se spesso possono coincidere (ad esempio, in un paziente che presenta un bisogno di intensità di cura elevato e un'alta complessità assistenziale), non sempre sono sovrapponibili: nei diversi livelli di intensità di cura si possono, cioè, riscontrare gradi di complessità assistenziale differenti; non sempre ad un elevato bisogno di cure corrisponderà un altrettanto considerevole necessità di assistenza, così come non sempre i soggetti che necessitano di alti livelli di assistenza avranno bisogno di cure altrettanto elevate.

Queste due tipologie di bisogni - la cui differenza è meglio espressa dalla lingua inglese che discrimina tra i termini "cure" e "care" - richiedono un'attenta analisi che sia condotta separatamente da team differenti e che non può prescindere dall'utilizzo di uno strumento che valuti indicatori oggettivi di complessità per definire la quantità e la qualità di assistenza necessarie a farsi realmente carico del paziente durante tutto l'iter di cura, al fine di evitare le complicanze e di ottimizzare il percorso di cura.

²² Pignatto A, Regazzo C, Tiberi P. "Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera". Agorà n. 44, gen-mar 2010.

CAPITOLO II

Gli strumenti per la determinazione della Complessità assistenziale

2. Panoramica legislativa sul carico di lavoro

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”

L'articolo 32 della Costituzione italiana stabilisce che ogni cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria e lo Stato, attraverso il SSN, garantisce un'appropriata organizzazione e gestione delle risorse che consente una risposta adeguata alle esigenze espresse dal cittadino/utente.

Presupposto fondamentale è che l'assistenza sia erogata non solo in maniera appropriata ma, al contempo, da un numero congruo di operatori tale da garantire la qualità delle prestazioni sanitarie ed assistenziali ai cittadini.

Nel corso degli ultimi 30 anni si è assistito al passaggio da una legislazione essenzialmente statale, attenta ai bisogni della popolazione generale, ad una legislazione loco-regionale più vicina alle esigenze dei propri cittadini.^{23,24}

Ad oggi non esiste una normativa nazionale che determini le dotazioni organiche anche se, nel corso degli anni, varie leggi e decreti hanno fornito riferimenti a cui, però, non tutte le realtà sanitarie - per motivi finanziari o per specifiche politiche di gestione del personale - si sono attenute.

Tra le prime disposizioni rientra il *DPR 128/69*²⁵ che forniva indicazioni circa la quantificazione del personale e assicurava un tempo minimo di assistenza per malato di 120 minuti nelle 24 ore per i servizi di diagnosi e cura, e fino a 420 minuti per i reparti intensivi e

²³ D'Innocenzo M. Il fabbisogno di infermieri nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali. I Quaderni Supplemento de L'Infermiere n. 8-9/03.

²⁴ Fraulini I, Biavati C, Mosci D. Definizione degli organici infermieristici: evidenze scientifiche. Revisione EBN, 2007. http://www.evidencebasednursing.it/revisoni/2007_definizione_organici.pdf

²⁵ DPR 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. G.U. n.104 del 23-4-1969.

neonatali. La determinazione dell'organico teneva conto del numero di posti letti occupati e del quadro nosologico.

Successivamente con la *L. 833/78*²⁶ l'assistenza sanitaria della popolazione locale viene assegnata alle Unità Sanitarie Locali (USL).

Segue la *Delibera CIPE*²⁷ del 20/12/84 che esprimeva indicazioni di massima per le Regioni e le USL affinché adottassero standard organizzativi e di attività comuni, con riferimento anche alla dotazione di personale suddiviso per qualifica in ambito sia ospedaliero che territoriale. I parametri indicati erano il bacino di utenza, le patologie prevalenti, la degenza media e l'apporto tecnologico.

La disposizione del personale infermieristico ospedaliero nelle 24 ore e per posto letto era così definita:

- settori di degenza di base 70' - 90';
- settori di terapia sub-intensiva 200' - 240';
- settori di terapia intensiva 500' - 600'.

La *L. 595/85*²⁸ inizia a dare indicazioni in merito ad alcuni standard di riferimento per definire il fabbisogno di personale. Fattori da considerare nella riorganizzazione degli ospedali sono il tasso di occupazione dei posti letto, la maggiore attività di day hospital, la riconversione delle strutture con meno di 120 posti letto e il potenziamento dell'organico nelle strutture con carico di lavoro superiore.

Il *D.M. 13/9/88*²⁹, noto come "Decreto Donat Cattin", fissava le norme per la riorganizzazione dei servizi e dei presidi ospedalieri, determinando gli standard per l'assegnazione del personale delle unità operative in base al numero di posti letto. Questa normativa imponeva che l'organizzazione del personale di assistenza e di supporto venisse regolata dalle tipologie/moduli di reparto per specialità e complessità e dall'aspetto tecnologico.

Dal *Dlgs 502/92*³⁰ in poi si sposta progressivamente l'asse decisionale dallo Stato alle Regioni e alle Aziende Sanitarie Locali (precedentemente USL). Tali cambiamenti politico-culturali

²⁶ Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. GU n. 360 del 28-12-1978.

²⁷ Delibera CIPE del 20/12/1984. "Standard di organizzazione e di attività definitivi ai sensi dell'articolo 51, secondo comma, della L. 23 dicembre 1978.

²⁸ Legge 23 ottobre 1985, n. 595. Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88. GU n. 260 del 05/11/1985.

²⁹ DM 13 settembre 1988. Determinazione degli standards del personale Ospedaliero. G.U. 24 settembre 1988, n. 225.

³⁰ DLgs 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137.

nell'organizzazione e nella gestione della sanità pubblica producono importanti modifiche inerenti la misurazione del fabbisogno di personale che permetteranno di abbandonare il concetto di pianta organica e di iniziare a parlare di misurazione del carico di lavoro.

Infatti, il *Dlgs 29/93*³¹ impone a tutte le amministrazioni pubbliche di ridefinire il fabbisogno di personale sulla base della rilevazione del carico di lavoro attraverso:

- definizione della quantità totale di esercizio delle attività e delle operazioni prodotte;
- tempi standard di esercizio delle attività svolte;
- grado di copertura del servizio reso in rapporto alla domanda reale o potenziale.

Con la Circolare *n. 6/94*³² sui “Carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e sulle dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato” vengono emanate le direttive per la revisione delle piante organiche e per la definizione delle metodologie di rilevazione dei carichi di lavoro.

In tale Circolare sono indicati i criteri per la definizione di standard di esecuzione (tempo necessario ad espletare le operazioni), effettuata mediante osservazione ed esperienza passata:

- analisi delle attività e delle risorse lavoro necessarie;
- configurazione della domanda;
- condizioni della produzione;
- flussi di lavoro disponibili.

Le delibere regionali di recepimento della Circolare individuano i metodi per la determinazione delle piante organiche e provvedono alla definizione dei tempi di riferimento regionali mediante i quali le Aziende possono rilevare il carico di lavoro e definire le dotazioni organiche. Tuttavia, osservando la produzione legislativa in materia (leggi finanziarie) si nota come la riduzione dei costi del personale e i blocchi delle assunzioni nelle aziende sanitarie, che garantiscono a stento i turn over, siano di fatto divenuti gli strumenti tecnici delle manovre per il contenimento della spesa. Tale logica si è spesso posta in contraddizione con l'offerta appropriata e responsabile di servizi/prestazioni ai cittadini utenti. Si continua a parlare molto di contenimento della spesa e poco di carico di lavoro.

³¹ DLgs 3 febbraio 1993, n. 29. Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. GU n.30 del 6-2-1993 - Suppl. Ordinario n. 14.

³² Ministero per la Funzione pubblica, Circolare 23 marzo 1994. Carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato. Gazzetta Ufficiale 2 aprile 1994, n. 77.

La necessità di ridefinire lo standard di assistenza infermieristica nelle degenze ospedaliere consegue due importanti evoluzioni:

- della normativa della professione infermieristica, che ora conferisce all'infermiere la diretta responsabilità e la gestione delle attività di assistenza e delle funzioni di supporto;
- degli ospedali verso un nuovo modello per complessità/intensità di cura e di assistenza.

È necessario, pertanto, abbandonare il concetto di pianta organica predefinita per fare spazio ad una metodologia scientificamente corretta che ridefinisca il fabbisogno del personale, tenendo conto dell'organizzazione del lavoro, del tasso di rotazione del personale, della struttura architettonica, della presenza di servizi tecnici ed amministrativi di supporto, della negoziazione di progetti di sviluppo e, ovviamente, del carico di lavoro.

Il calcolo del fabbisogno di personale e la valutazione della dotazione organica necessita di indicatori oggettivi e standard di riferimento costruiti secondo concetti di appropriatezza e di evidenza scientifica, comunque collegati all'attenta valutazione della domanda e dell'offerta di prestazioni.

2.1 Metodologie e indicatori della complessità assistenziale

La necessità di stimare il carico di lavoro ha iniziato a delinearsi intorno agli anni 50' e 60' in alcuni Paesi europei e negli Stati Uniti. I primi metodi di classificazione dei pazienti, sviluppatosi in quegli anni, utilizzavano valutazioni economiche e amministrative per rispondere per lo più a bisogni di tipo organizzativo, quali garantire la migliore allocazione delle risorse per il controllo dei costi.

Tali strumenti poco avevano a che fare con l'assistenza vera e propria e con il concetto olistico del "prendersi cura". Giovannetti³³ definisce la classificazione dei pazienti come una categorizzazione basata su una stima dei loro bisogni di assistenza durante uno specifico periodo di tempo.

Nel corso degli anni, quindi, è emersa l'esigenza di considerare questi sistemi di classificazione non solo come strumenti di tipo manageriale ma anche e soprattutto come metodi atti a indagare la costante variazione dei molteplici bisogni dei pazienti.

La stima e il monitoraggio del bisogno assistenziale è indispensabile per "l'operatore del domani", chiamato non solo a prendere decisioni per la salute del proprio assistito,

³³ Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J Nurs Adm. 1979; 9(2): 4-9.

prevedendone le conseguenze, ma anche ad erogare le migliori cure possibili spesso in situazioni di carenza cronica di personale.

Gli alti carichi di lavoro ed i nuovi scenari all'interno dei quali i professionisti devono operare indicano inequivocabilmente che la complessità dei reparti non può più essere valutata adottando come unico criterio il numero dei posti letto occupati.

Da qui la nascita di molteplici sistemi per il calcolo della complessità assistenziale per le varie tipologie di pazienti afferenti a diverse unità di cura.

L'applicazione di tali metodologie permetterebbe non solo di monitorare i carichi di lavoro, ma soprattutto di garantire una razionale distribuzione delle risorse infermieristiche sulla base di criteri esplicitati e condivisi.

I nuovi sistemi di classificazione vengono rielaborati e ricalibrati sul paziente, tarando su di essi la modalità di gestione quotidiana dell'assistenza al fine di garantire carichi di lavoro equilibrati.

Tra gli strumenti fondamentali per la creazione dei nuovi sistemi di classificazione dei pazienti rientrano la produttività, l'efficienza e l'allocazione delle risorse.

In quest'ottica i nuovi metodi non solo avranno un impatto notevole sul paziente, ma offriranno un valido contributo all'attività di definizione e monitoraggio dei livelli di organico e alle decisioni in merito al budget da dedicare ai costi del personale, consentendo il confronto della quantità tra reparti simili.³⁴

Nel nostro Paese, come nel resto dell'Europa e degli USA, numerose sono state le sperimentazioni, che hanno permesso la formulazione di molteplici strumenti³⁵ per la determinazione della complessità assistenziale del paziente e dei carichi di lavoro ad essa correlati.

Nonostante la numerosità e la diversità delle metodiche sviluppate in diversi periodi storici e in specifiche realtà operative, la valutazione dei sistemi di classificazione ha reso possibile l'individuazione di criteri e parametri standard a cui riferirsi per la misurazione della complessità assistenziale.

L'analisi di tali criteri consente di ricondurre i sistemi adottati per la misurazione della complessità assistenziale a 5 principali macro-filoni:

³⁴ Allegrini E, Maimeri P, Ferrari C et al. Sistemi di classificazione dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25(1):56-60.

³⁵ Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. Regione Emilia-Romagna. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Presidi Ospedali. Febbraio 2015.

1. Strumenti basati sulla dipendenza delle persone;
2. Strumenti basati sulle attività infermieristiche;
3. Strumenti basati sui piani di assistenza;
4. Strumenti basati sulla complessità assistenziale;
5. Strumenti che integrano più score.

I primi individuano specifiche e costanti caratteristiche dei pazienti, in termini di necessità assistenziali, e li suddividono in differenti categorie. Il carico di lavoro dell'infermiere, essendo dipendente dal numero di pazienti attribuiti a ciascuna categoria, può essere predeterminato e standardizzato in base ai dati di attività di ciascuna unità operativa. A tale classe appartengono sistemi quali il Metodo Svizzero, il PANDA (Paediatric Acuity and Nursing Dependency Assessment) e il SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica).

Seguono gli strumenti basati sulle attività infermieristiche e quelli basati sui piani di assistenza che possono essere raggruppati in un unico filone, definito della “documentazione delle attività svolte”: essi, infatti, forniscono un elenco di attività svolte dall'infermiere e quantificano il bisogno di assistenza in termini di tempo richiesto per l'esecuzione delle prestazioni erogate. Esempi sono il NEMS (Nine Equivalents of nursing Manpower use Score), il NAS (Nursing Activities Score), il PNR (project de Recherche en Nursing) e il sistema CLOC.

I sistemi basati sulla misurazione della complessità assistenziale definiscono i bisogni specifici del paziente indagandone le condizioni cliniche e le necessità assistenziali attraverso parametri prestabiliti. A tali indicatori viene attribuito un punteggio numerico e il carico di lavoro infermieristico viene determinato dalla somma dei punteggi dei singoli indicatori. A tale categoria appartengono indici quali il sistema RAFAELA,MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante) e Per.V.In.CA (Percorso Valutazione Infermieristica Complessità Assistenziale).

Infine, gli strumenti che integrano più score sono essenzialmente costituiti dalla combinazione di valutazione clinica e assistenziale. E un esempio è dato dal “Tri-Co” (Triage di Corridoio), ideato e sperimentato da gruppi di lavoro italiani tra il 2006 e il 2010.

2.2 Strumenti di classificazione dell'intensità clinica

Per intercettare invece il livello di intensità clinica dei pazienti all'ammissione e monitorarne l'andamento durante il ricovero sono stati usati, negli ultimi studi condotti in Italia, per lo più i seguenti score:

- MEWS (Modified Early Warning Score), UK 1999 - 2000
- ViEWS e NEWS (Vital-PAC Early Warning Score e National Early Warning Score), UK 2007
- CIRS (Cumulative Illness Rating Scale), USA - fine anni '70 Strumenti di classificazione dell'intensità clinica
- KPS (Karnofsky Performance Scale), USA - primi anni '80

MEWS e CIRS sono stati usati essenzialmente per valutare il livello di gravità/instabilità clinica dei pazienti ammessi in area medica; nell'esperienza lombarda i punteggi ottenuti dall'applicazione di questi score sono stati integrati/confrontati con strumenti per la rilevazione del grado di dipendenza assistenziale (IIA) in modo da osservarne "l'andamento" reciproco. Il ViEWS è stato utilizzato nell'ambito della sperimentazione in corso presso l'azienda AUSL di Bologna per affiancare lo strumento di valutazione della complessità assistenziale denominato Per.V.In.CA. Infine il NEWS è oggetto di attenzione da parte della Regione Toscana che ha stilato un documento regionale di indirizzo traducendo ed adattando il documento di riferimento del Royal College of Physicians.

In letteratura sono annoverati molti altri strumenti per la valutazione dell'instabilità clinica primi fra tutti quelli in uso nelle terapie intensive (SOFA - Sequential Organ Failure Assessment, SAPS -Simplified Acute Physiology Score, APACHE - Acute Physiology And Chronic Health Evaluation, ecc)..

Tabella 2 Strumenti per la classificazione dell'intensità di cura

Strumenti di classificazione dell'intensità clinica	MEWS
	ViEWS e NEWS
	CIRS
	KPS
Strumenti di classificazione della complessità assistenziale	SIPI
	ICA
	IIA
	MAP
	Per.V.In.CA
	ASGO
	Persiceto's Score
	Tri-Co
Ulteriori strumenti	Metodo Svizzero
	NAS
	NEMS

CAPITOLO III

Monitoraggio della modalità organizzativa per intensità di cure

Non esistono ad oggi, in Italia molti dati disponibili sulle sperimentazioni dei nuovi modelli organizzativi.³⁶

L'Emilia Romagna, nell'ambito del Fondo per la Modernizzazione della Regione ha previsto una serie di progetti di sostegno alle iniziative di cambiamento, valorizzazione degli operatori e realizzazione di modelli organizzativi di ospedali per intensità di cura/complessità assistenziale.

Il Servizio Presidi Ospedalieri- Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali della Regione Emilia Romagna, ha condotto in tutte le Aziende Sanitarie della Regione, ha avviato un monitoraggio sulla implementazione della modalità organizzativa per Intensità di Cura.

L'obiettivo era di analizzare quattro aree relative alla riorganizzazione per intensità di cura e che riguardano in particolare:

- aspetti generali del cambiamento
- gli strumenti a supporto del cambiamento
- la gestione dei ruoli
- la valutazione del percorso di revisione organizzativa.

Il questionario sul monitoraggio dell'intensità di cura è stato distribuito e compilato online dalle diverse figure professionali contattate per la valutazione del percorso di revisione organizzativa.^{37,38}

I risultati sono stati elaborati e resi disponibili a dicembre 2015³⁹ offrendo spunti di grande riflessione.

³⁶ Mongardi M e Bassi E. Strumenti per l'intensità di cura e la complessità assistenziale: una revisione della letteratura. *Mecosan*, 2015; 95: 9.25

³⁷ Barbieri G. L'Infermiere Case Manager: professionalità e responsabilità. *AICM Journal - Giornale Italiano di Case Management*, 2013; 2: 4-5

³⁸ Louis J e Fournier I, Le bed manager. *Réanimation*, 2014, Vol.23(5): pp.463-464

³⁹ Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per intensità di cura: monitoraggio. *DGPS, Servizi Presidi Ospedalieri Regione Emilia-Romagna*. Febbraio 2016

1. Anagrafica del aziende coinvolte

I 28 rispondenti provengono da 11 aziende e 32 stabilimenti: non hanno preso parte alla sperimentazione AUSL Parma, AUSL Rimini, AOU Ferrara e IOR Bologna.

2. Aspetti generali del cambiamento

La prima domanda indaga su quale sia stata l'origine della spinta che ha dato inizio al processo di innovazione.

Domanda 2.1: qual è stata l'origine della "spinta" al cambiamento/innovazione?

Origine del cambiamento	N	%
Mista	17	60.7
Top-down	11	39.3
Bottom-up	0	0.0
Totale	28	100.0

Il 60.7% dei rispondenti ha indicato una modalità mista non specificata, mentre il 39.3% ha dichiarato che la spinta è arrivata dall'alto.

Domanda 2.2: quali ambiti organizzativi ha coinvolto il cambiamento/innovazione?

Ambiti del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Ruoli, responsabilità e competenze	27	96.4
Percorsi clinico-assistenziale	26	92.9
Logistica	24	85.7
Organizzazione di UO	24	85.7
Percorso paziente	23	82.1
Organizzazione dipartimentale	4	14.3

Molti ambiti organizzativi sono stati interessati dal cambiamento: le competenze, i PDTA, la logistica, l'organizzazione ed i percorsi paziente sono stati modificati nella maggior parte dei casi.

Domanda 2.3: quali soggetti ha interessato il piano di comunicazione relativo al cambiamento/innovazione?

Comunicazione del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Collegio di direzione	27	96.4
Dipartimento	20	71.4
Stabilimento ospedaliero	17	60.7
Solo gli operatori sanitari delle aree del cambiamento	16	57.1
Conferenza territoriale	15	53.6
Comitato misto consultivo	13	46.4
Presidio ospedaliero	12	42.9
Enti locali	12	42.9
Cittadini	8	28.6
Tutti gli operatori sanitari dell'azienda	7	25.0
Associazioni pazienti	1	3.6

La comunicazione del cambiamento si è incentrata principalmente sul Collegio di direzione e sul Dipartimento, mentre altri soggetti sono stati interessati meno frequentemente dal piano di comunicazione.

Il 17.9% dei compilatori ha affermato che sul sito aziendale sia stata creata una pagina web contenente un'informazione relativa al cambiamento: sono provenienti dall'AUSL di Modena e dall'AUSL Ferrara, dove si fa riferimento ad una pagina Intranet aziendale.

Domanda 2.5: con quale struttura organizzativa è stato governato il cambiamento/innovazione?

Struttura governante il cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Gruppo di lavoro aziendale	27	96.4
Incontri di monitoraggio con il Top management	23	82.1
Consulenze	5	17.9
Laboratorio di attivazione e motivazione ai cambiamenti organizzativi	4	14.3
Gruppi di lavoro Interdipartimentali, dipartimentali ed aziendali	1	3.6

Le strutture più frequentemente incaricate del governo del cambiamento sono gruppi di lavoro aziendali (96.4%) e gruppi di monitoraggio con il top management (82.1%).

Domanda 2.6: il cambiamento/innovazione ha agito su..

Bersagli del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Responsabilità e gestione dei posti letto	27	96.4
Risorse umane	27	96.4
Gestione flessibile dei posti letto	25	89.3
Attrezzature e tecnologia	19	67.9
Volumi delle prestazioni	16	57.1
Assegnazione preconstituita dei posti letto	16	57.1
Beni materiali (farmaci, dispositivi e presidi medici, ecc.)	15	53.6

Il cambiamento ha agito su molti aspetti dell'organizzazione, in particolare sulla responsabilità e gestione dei posti letto (96.4%), sulle risorse umane (96.4%) e sulla gestione flessibile dei posti letto (89.3%).

Domanda 2.7: da quale figura professionale sono gestiti i posti letto?

Gestore dei posti letto	N	%
Coordinatore dell'assistenza	13	46.4
Medico e coordinatore dell'assistenza	11	39.3
Bed manager	1	3.6
Bed manager e coordinatore dell'assistenza	1	3.6
Medico	1	3.6
Medico di Direzione sanitaria e RID	1	3.6
Medico di Direzione sanitaria	0	0.0
Ingegnere gestionale	0	0.0
Totale	28	100.0

La figura professionale che più spesso gestisce i posti letto è il coordinatore dell'assistenza: nel 46.4% dei casi da solo, nel 39.3% in collaborazione con il medico e nel 3.6% con il bed-manager.

Domanda 2.8.1: quali percorsi paziente sono stati modificati?

Percorsi paziente modificati	Si (N)	Si (%)
Percorso PS-OBI / Med. d'urgenza	22	78.6
Percorso paziente chirurgico	11	39.3
Percorso paziente ambulatoriale	10	35.7
Percorso paziente oncologico	6	21.4
Percorso paziente internistico ad alta complessità	3	10.7
Percorso paziente con ricovero programmato	3	10.7
Percorso paziente riabilitazione	1	3.6
Percorso paziente ortogeriatrico	1	3.6
Percorso paziente post-acuto	1	3.6

Nel 92.9% dei casi il cambiamento in atto ha portato alla modifica dei percorsi paziente. Quello modificato più frequentemente è il percorso PS-OBI (78.6%), mentre gli altri sono stati modificati in meno della metà dei contesti lavorativi studiati.

Domanda 2.9.1: quali percorsi clinico-assistenziali (PDTA) sono stati modificati?

PDTA modificati	Si (N)	Si (%)
Post-acuzie	10	35.7
Scompenso cardiaco	8	28.6
BPCO	8	28.6
Ictus/stroke	6	21.4
Frattura di femore	4	14.3
Tumore mammella	2	7.1
Diabete	2	7.1
Anziano con disturbi psico-cognitivi	2	7.1
Tumore colon-retto	2	7.1
Tumore pancreas	1	3.6
Tumore cranio	1	3.6
Tumore pancreas	1	3.6
Tumore cranio	1	3.6
Tumore polmone	1	3.6
SLA	1	3.6

I percorsi clinico-assistenziali (PDTA) sono stati modificati meno frequentemente rispetto ai percorsi paziente, cioè nel 67.9% dei casi: spesso si tratta del PDTA post-acuzie (35.7%), scompenso cardiaco (28.6%) e BPCO (28.6%).

Il 96.4% dei compilatori ha affermato che nel suo contesto lavorativo è avvenuta la creazione di una piattaforma di degenza multidisciplinare.

Domanda 2.10.2: i posti della piattaforma di degenza multidisciplinare come sono ripartiti per il flusso ministeriale (HSP 12)?

Piattaforma - Ripartizione PL	N	%
Per più discipline	24	88.9
Per unica disciplina	2	7.4
Missing	1	3.7
Totale	27	100.0

La ripartizione dei posti letto per il flusso ministeriale nell'88.9% dei casi è per più discipline.

Domanda 2.10.3: la piattaforma di degenza multidisciplinare è stata organizzata secondo moduli per intensità di cura?

Piattaforma – Intensità di cura	N	%
Sì	22	81.5
No	4	14.8
Missing	1	3.7
Totale	27	100.0

Sempre relativamente alle 27 piattaforme create, è emerso che l'81.5% è organizzata secondo moduli per intensità di cura.

Domanda 2.10.3.1: quali sono le UO coinvolte nella piattaforma di degenza multidisciplinare organizzata secondo moduli per intensità di cura?

Piattaforma - Discipline coinvolte	Si (N)	Si (%)
Medicina generale	17	77.3
Chirurgia generale	13	59.1
Geriatria	6	27.3
Cardiologia/Utic	6	27.3
Ortopedia/Traumatologia	6	27.3
Urologia	5	22.7
Gastroenterologia	4	18.2
Pneumologia	3	13.6
Chirurgia specialistica	3	13.6
Terapia intensiva	3	13.6
Lungodegenza	3	13.6
Neurologia	1	4.5
Nefrologia	1	4.5
Pacom- Endocrinologia - MEU	1	4.5

Le discipline coinvolte nelle piattaforme sono variabili, tuttavia Medicina generale (77.3%) e Chirurgia generale (59.1%) sono incluse nella maggior parte delle piattaforme, mentre le altre sono meno diffuse. A chiusura della sezione dedicata agli aspetti generali del cambiamento, viene chiesto il modello organizzativo-assistenziale in uso.

Domanda 2.11: quale modello organizzativo-assistenziale è in uso?

Modello organizzativo-assistenziale	N	%
Complessità assistenziale	9	32.1
Per settori (puro)	8	28.6
Per settori con modello funzionale	6	21.4
Funzionale (per compiti)	3	10.7
Primary nursing	2	7.1
Totale	28	100.0

Il modello più diffuso è quello per complessità assistenziale, seguito da quello puro per settori.

3. Strumenti a supporto del cambiamento

Nella parte successiva si indagano gli strumenti utilizzati a supporto del processo di innovazione.

Domanda 3.1: quali sono stati gli strumenti a supporto del cambiamento/innovazione?

Strumenti a supporto del cambiamento	Sì (N)	Sì (%)
Interventi formativi	28	100.0
Gruppi di lavoro	27	96.4
Revisione del sistema informativo	21	75.0
Analisi della cultura organizzativa	14	50.0
Visite di lavoro	12	42.9
Coaching	7	25.0
Elaborazione documento aziendale relativo al tema	1	3.6

Interventi formativi (100%), gruppi di lavoro (96.4%) e revisioni del sistema informativo (75.0%) sono gli strumenti più utilizzati per sostenere il cambiamento.

Domanda 3.2: quali sono stati gli strumenti della programmazione, rendicontazione e valutazione dei processi?

Strumenti di programmazione, rendicontazione e valutazione	Sì (N)	Sì (%)
Revisione dei piani e dei centri di responsabilità	23	82.1
Adeguamento ed utilizzo degli strumenti di contabilità analitica	16	57.1
Adeguamento per processo produttivo e/o PDTA	16	57.1
Revisione degli strumenti di programmazione e di valutazione	15	53.6
Modifiche dei sistemi informativi a supporto di programmazione e valutazione	14	50.0
Adeguamento dei flussi di attività regionali/ministeriali (es NSIS, HPS ecc)	5	17.9

Tra gli strumenti di programmazione, rendicontazione e valutazione, nell'82.1% dei casi è prevista la revisione dei piani e dei centri di responsabilità, nel 57.1% l'adeguamento degli strumenti di contabilità analitica e l'adeguamento per processo produttivo e/o PDTA.

Domanda 3.3: quali strumenti di valutazione della complessità assistenziale sono in uso?

Strumenti di valutazione della complessità assistenziale	N	%
Pervinca	6	21.4
TRICO (Triage di Corridoio)	5	17.9
MEWS modificato (ModifiedEarlyWarning Score)	5	17.9
Nessuno	4	14.3
MEWS (ModifiedEarlyWarning Score)	2	7.1
ViEWS - Scheda accoglienza	2	7.1
IIA (Indice di Intensità Assistenziale)	1	3.6
NAS e RASS	1	3.6
Persiceto Score	1	3.6
Missing	1	3.6
Totale	28	100.0

C'è molta variabilità degli strumenti utilizzati per valutare la complessità assistenziale. Nel 14.3% dei casi viene dichiarata la mancanza di strumenti, mentre lo strumento più diffuso è il Pervinca (21.4%), seguito dal TRICO e dal MEWS modificato (17.9%).

Domanda 3.4: quali strumenti organizzativi sono in uso?

Strumenti organizzativi in uso	Sì (N)	Sì (%)
Documentazione sanitaria integrata	26	92.9
Istituzione di momenti di briefing e debriefing	26	92.9
Trasmissione di informazioni a familiari e caregivers	25	89.3
Trasmissione di informazioni sui pazienti nei momenti di cambio turno	22	78.6

La documentazione sanitaria integrata (92.9%), i momenti di briefing e debriefing (92.9%), la trasmissione di informazioni a familiari e caregivers (89.3%) e la trasmissione di informazioni sui pazienti nei momenti di cambio turno (78.6%) sono utilizzati nella maggior parte dei casi,

Domanda 3.5: quali sono i professionisti presenti al momento della visita medica?

Professionisti presenti a visita medica	N	%
Medico - infermiere	13	46.4
Medico	9	32.1
Infermiere- coordinatore dell'assistenza	3	10.7
Briefing- coordinatore dell'assistenza	1	3.6
Medico - casemanager	1	3.6
Missing	1	3.6
Totale	28	100.0

Nel momento della visita medica, i professionisti presenti più frequentemente sono il medico e l'infermiere in coppia (46.4%), seguiti dal solo medico(32.1%). Meno diffusa la presenza di altre figure professionali.

4. Gestione dei ruoli

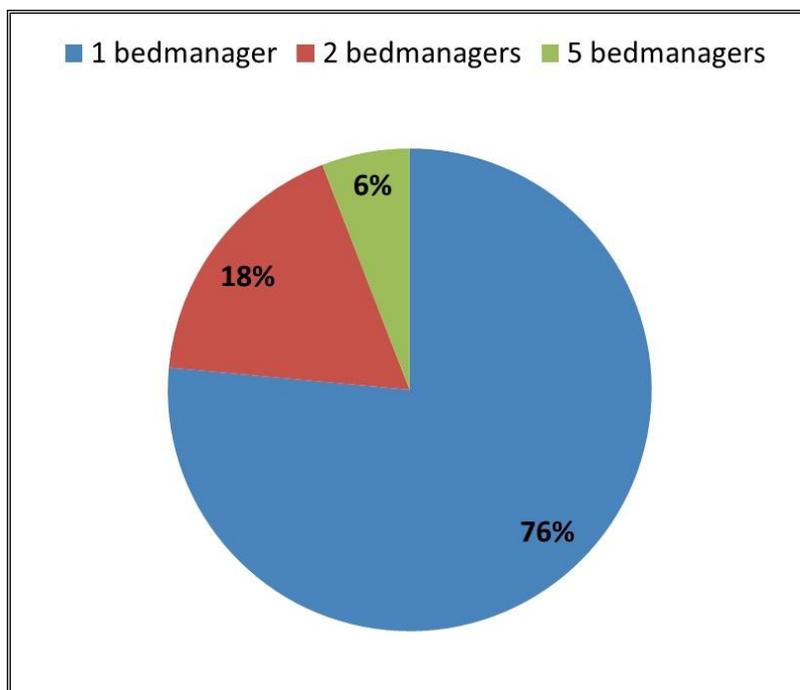
La sezione seguente esamina la gestione dei ruoli susseguente alla riorganizzazione. Il 92.9% dei compilatori ha affermato che nel suo contesto lavorativo sono stati creati nuovi ruoli.

Domanda 4.1.1: quali nuovi ruoli sono stati creati a seguito della riorganizzazione?

Nuovi ruoli	Sì (N)	Sì (%)
Medico referente del caso clinico	18	64.3
Bedmanager	17	60.7
Casemanager di processo	15	53.6
Casemanager PDTA	7	25.0
Medico referente di processo	6	21.4
Medico e/o infermiere del pronto soccorso di collegamento con l'area degenziale	3	10.7
Caremanager	2	7.1
Coordinatore Professional	2	7.1
Hospitalist	1	3.6
Ingegnere gestionale	0	0.0

Il medico referente del caso clinico (64.3%), il bed-manager (60.7%) e il case-manager di processo (53.6%) sono le figure create più *frequentemente*. Mai istituita la figura dell'ingegnere gestionale.

Domanda 4.2.1: quanti bedmanager sono stati creati a seguito della riorganizzazione?



Nel 76% dei casi è stato creato solamente un bedmanager, mentre il numero massimo di bedmanager creati è cinque.

Domanda 4.2.2: a quale servizio appartengono i bedmanager creati a seguito della riorganizzazione?

Bedmanager - servizio	N	%
Piattaforma degenziale	7	41.2
Direzione sanitaria	4	23.5
Direzione professioni sanitarie	1	5.9
Dipartimento chirurgico	1	5.9
Dipartimento oncoematologico	1	5.9
Direzione sanitaria + Direzione Professioni Sanitarie	1	5.9
Direzione sanitaria + Dipartimento Materno Infantile	1	5.9
Missing	1	5.9
Totale	17	100

Il servizio a cui il bedmanager appartiene più spesso è la piattaforma degenziale (41.2%), seguita dalla Direzione sanitaria (23.5%).

Domanda 4.2.3: in quale settore operano i bedmanager creati a seguito della riorganizzazione?

Bedmanager - settore	Sì (N)	Sì (%)
Trasferimenti interni all'Azienda	12	70.6
Ricoveri da PS, OBI, Med. Urg	11	64.7
Ricoveri ordinari	10	58.8
Tutta l'Azienda	3	17.6
Trasferimenti esterni e dimissioni difficili	1	5.9
Gestione dei pazienti chirurgici destinati alla piattaforma di degenza intensiva/semintensiva	1	5.9

Tra i settori dove più abitualmente si trova ad operare i più diffusi sono i trasferimenti interni (70.6%), i ricoveri d'urgenza (64.7%) e quelli ordinari (58.8%).

Domanda 4.2.4: in quale fascia oraria operano i bedmanager creati a seguito della riorganizzazione?

Bedmanager – fascia oraria	N	%
08.00 - 15.00	10	58.8
08.00 - 16.00	2	11.8
07.30 - 19.30	1	5.9
08.00 - 17.00	1	5.9
08.00 - 19:00	1	5.9
08.00 - 20.00	1	5.9
Missing	1	5.9
Totale	17	100.0

Per quanto riguarda la fascia oraria lavorativa, il 58.8% dei bedmanager segue l'orario 08:00-15:00, mentre in alcuni contesti arriva a 12 ore di lavoro.

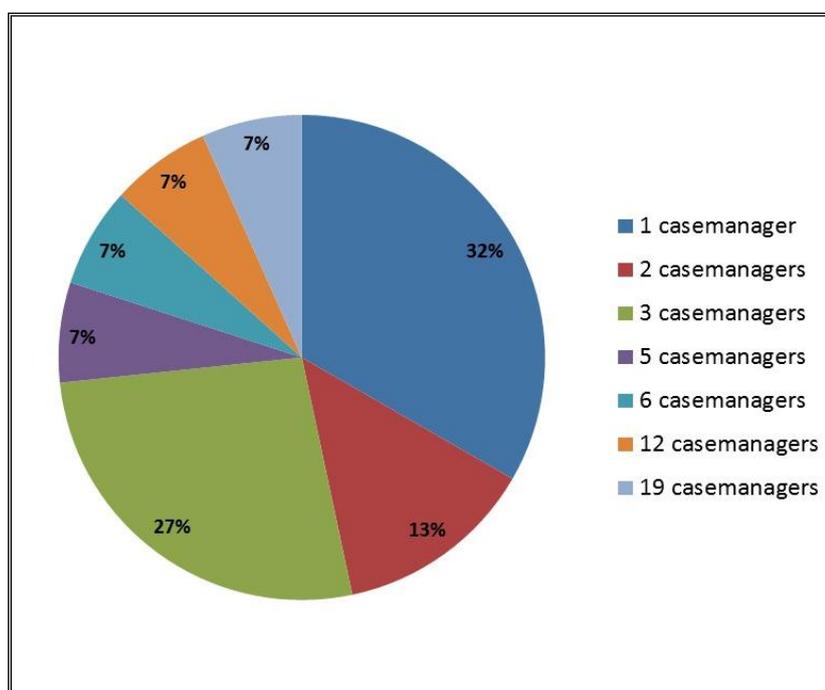
Domanda 4.2.5: con quale modalità operano i bedmanager creati a seguito della riorganizzazione?

Bedmanager – modalità di lavoro	Sì (N)	Sì (%)
In collaborazione con il medico dell'area di degenza	17	100.0
In collaborazione con il medico di PS	11	64.7
In collaborazione con la Direzione sanitaria	10	58.8
In autonomia con il coordinatore dell'assistenza	2	11.8
In gruppo	2	11.8

Nel 100% dei casi il bedmanager lavora in collaborazione con il medico dell'area di degenza, nel 64.7% con il medico di PS e nel 57.8% con la Direzione sanitaria.

Dopo il bedmanager è stato esaminato il ruolo di casemanager, istituito nel 67.9% dei casi. Di questa figura esistono diverse tipologie, per il momento si analizzano senza distinzione.

Domanda 4.2.1: quanti casemanager sono stati creati a seguito della riorganizzazione?



Rispetto al bedmanager, il numero di casemanager è molto variabile in base al contesto: si va da 1 fino a 19 casemanager.

Domanda 4.2.2: con quale percorso si sono formati i casemanager creati a seguito della riorganizzazione?

Casemanager - formazione	N	%
Formazione sul campo	5	26.3
Master di primo livello	4	21.1
Master di primo livello + Formazione sul campo	2	10.5
Master di primo livello + Corso Alta Formazione (CAF) + Formazione sul campo	2	10.5
Corso Alta Formazione (CAF)	1	5.3
Master di primo livello + Corso Alta Formazione (CAF)	1	5.3
Missing	4	21.1
Totale	19	100.0

La modalità di formazione più diffusa è la formazione sul campo (26.3%), seguita dal master di primo livello (21.1%). Nel 10.5% dei casi i casemanager si formano con master di primo livello, corso di alta formazione e formazione sul campo.

Domanda 4.2.3: di quale attività si occupano i casemanager creati a seguito della riorganizzazione?

Casemanager – attività	Sì (N)	Sì (%)
Dei pazienti definiti più critici	6	40.0
Dei pazienti di un settore	6	40.0
Della continuità assistenziale	5	33.3
Del singolo paziente	2	13.3
Dei pazienti del percorso chirurgico	1	6.7

Il casemanager si occupa spesso di un gruppo di pazienti, per esempio quelli critici (40.0%) o quelli di uno specifico settore (40.0%). In altri casi si occupa di continuità assistenziale (33.3%) o del singolo paziente (13.3%). Una delle tipologie specifiche di casemanager è il casemanager per PDTA, istituito nel 25.0% dei casi.

Domanda 4.3.1: di quale PDTA si occupano i casemanager per PDTA creati a seguito della riorganizzazione?

Casemanager PDTA – percorso diagnostico/terapeutico ed assistenziale	Sì (N)	Sì (%)
Paziente oncologico	5	71.4
Ictus/stroke	3	42.9
BPCO	2	28.6
Frattura femore	2	28.6
Paziente Post-acuto	1	14.3

Il PDTA di cui si occupa più frequentemente è quello dei pazienti oncologici (71.4%), seguito da quello degli ictus (42.9%).

Domanda 4.4.1: di quale attività si occupano i casemanager di processo creati a seguito della riorganizzazione?

Casemanager di processo- attività	N	%
Dimissione protetta	10	66.7
Continuità assistenziale	5	33.3
Totale	15	100.0

Nel 53.6% dei casi è stato istituito il casemanager di processo, chesi occupa della dimissione protetta (66.7%) edella continuità assistenziale (33.3%).

Domanda 4.5.1: di quale attività si occupano i caremanager creati a seguito della riorganizzazione?

Caremanager - attività	N	%
Presa in carico di gruppi di pazienti del reparto	1	50.00
Presa in carico dell'area anziano fragile	1	50.00
Totale	2	100

Il caremanager è stato creato nel 7.1% dei casi: uno si occupa della presa in carico di gruppi di pazienti del reparto, mentre l'altro dell'area anziano fragile.

Domanda 4.6: quali ambiti di attività sono stati oggetto di cambiamento per il coordinatore dell'assistenza?

Coordinatore dell'assistenza – attività cambiate	N (Sì)	% (Sì)
Gestione posti letto	25	89.3
Gestione del personale	22	78.6
Gestione farmaci/dispositivi – presidi medici	21	75.0
Partecipazione ai momenti di briefing e de briefing	21	75.0
Incontri/riunioni con l'equipe	18	64.3
Accoglienza/ricovero del paziente	16	57.1
Gestione dimissioni	14	50.0
Comunicazione con pazienti/caregiver e famigliari	14	50.0
Gestione dimissioni protette	12	42.9
Percezione del proprio ruolo	12	42.9
Gestione delle relazioni/conflitti nella equipe	11	39.3
Visita medica	9	32.1
Partecipazione ai flussi informativi di cambio turno	6	21.4
Gestione piattaforma logistica	1	3.6

In seguito alla riorganizzazione molte attività del coordinatore dell'assistenza hanno subito modifiche. Frequentemente oggetto di cambiamento sono state la gestione dei posti letto (89.3%), la gestione del personale (78.6%), la gestione dei presidi medici (75%) e la partecipazione a momenti di briefing e de briefing (75%).

5. Valutazione del percorso di revisione organizzativa

Nell'ultima sezione del questionario si richiede se siano state effettuate una valutazione al tempo 0 e d'impatto rispetto all'organizzazione, al gradimento dei pazienti ed a quello degli operatori.

Domande 5.1/5.2/5.3: è stata compiuta una valutazione "a tempo 0" rispetto all'organizzazione/al gradimento di pazienti e caregiver/al gradimento degli operatori?

Valutazione al tempo 0	Sì (N)	Sì (%)
Su organizzazione	28	100.0
Su gradimento pazienti e caregiver	16	57.1
Su gradimento degli operatori	14	50.0

Domande 5.4/5.5/5.6: è stata compiuta una valutazione d'impatto rispetto all'organizzazione/al gradimento di pazienti e caregiver/al gradimento degli operatori?

Valutazione d'impatto	Sì (N)	Sì (%)
Su organizzazione	12	42.9
Su gradimento pazienti e caregiver	2	7.1
Su gradimento degli operatori	5	17.9

La valutazione al tempo 0 relativa all'organizzazione è stata effettuata in tutte le strutture indagate, mentre la valutazione sul gradimento di pazienti e caregivers è effettuata nel 57.1% casi e quella sul gradimento degli operatori nel 50.0%.

Passando alla valutazione d'impatto la situazione è differente: l'organizzazione è stata valutata nel 42.9% dei casi, mentre per il gradimento di operatori (17.9%) e pazienti/caregiver (7.1%) le percentuali calano notevolmente. Nelle ultime domande viene richiesto di indicare se siano stati definiti e monitorati indicatori di struttura, di processo e di esito, oltre ai 3 punti di forza e di debolezza del progetto di innovazione.

Negli allegati 2 e 3 sono presenti i dati relativi a queste domande.

PUNTI DI FORZA

Appropriatezza ed efficientamento	<ul style="list-style-type: none"> • Migliore gestione del posto letto, flessibilità e appropriatezza dell'utilizzo del posto letto [13 volte] • Razionalizzazione uso delle risorse [2] • Standardizzazione PDTA [2] • Personale, competenze, tecnologie in base alla complessità del paziente • Migliore gestione liste di attesa • Efficientamento indicatori di performance (es. degenza media)
Partecipazione, integrazione professionale e multidisciplinarietà	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione professionale [7] • Multidisciplinarietà [3] • Coinvolgimento dei professionisti [2] • Volontarietà di adesione al progetto di riorganizzazione • Preparazione formativa con scelte condivise • Standardizzazione processi comunicativi nella equipe • Alto livello di collaborazione tra direzioni mediche e direzione delle professioni sanitarie • Creazione di equipe multidisciplinari e multiprofessionali per la cura e l'assistenza
Presa in carico globale del paziente	<ul style="list-style-type: none"> • Miglioramento dei percorsi di cura [5] • Maggiore adesione alla risposta clinico-assistenziale ai reali bisogni delle cure e dell'assistenza [4] • Miglioramento dell'assistenza e della presa in carico globale dei pazienti – approccio di cura multidisciplinare [3] • Rimodulazione attività assistenziale per percorsi di cura • Presa in carico del paziente • Migliore comunicazione fra famiglia e struttura ospedaliera • Pianificazione della dimissione
Logistica dei servizi	<ul style="list-style-type: none"> • Creazione piattaforme logistiche degenziali [2] • Migliore pianificazione delle prestazioni collegate ad un ricovero programmato (diagnosi radiologica o indagini interventistiche radiologiche, indagini endoscopiche ecc.) • Logistica strutturale completamente revisionata
Nuovi ruoli e valorizzazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> • Valorizzazione dei professionisti [2] • Motivazione del personale • Creazione nuovi ruoli professionali (es. bed manager)

PUNTI DI DEBOLEZZA

Resistenza al cambiamento	<ul style="list-style-type: none"> • Difficoltà al cambiamento (resistenza dei professionisti) [6 volte] • Scarsa disponibilità di personale per modulare l'assistenza per complessità assistenziale dei pazienti • Permane, in parte, la cultura della proprietà del posto letto per disciplina • Difficoltà, da parte della figura medica a riconoscere il ruolo gestionale del coordinatore
Limiti sistema informatico-informativo	<ul style="list-style-type: none"> • Disallineamento del nuovo assetto rispetto ai flussi informativi regionali/ministeriali [7] • Disallineamento tra le logiche riorganizzative e il sistema di programmazione e controllo aziendale (rendicontazione, budget, accreditamento, flussi informativi) [4] • Supporti informatici non adeguati es. terapia farmacologica informatizzata, cartella clinica [3]
Eterogeneità formazione e motivazione del personale	<ul style="list-style-type: none"> • Livelli culturali diversi (favorevoli e resistenti al cambiamento) [10] • Livelli diversi di motivazione professionale [2] • Limite formativo degli operatori sanitari
Difficoltà di integrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Integrazione professionale [3] • Unione équipes assistenziali [2] • Difficoltà di raccordo con la direzione aziendale, il top management e le Unità operative
Limiti applicabilità del modello	<ul style="list-style-type: none"> • Limiti logistico-architettonici [8] • Trasferimenti fra aree (bassa, media e alta intensità) con potenziale perdita di continuità assistenziale [4] • Non utilizzati gli strumenti per misurare l'instabilità clinica e la complessità assistenziale • Allocazione appropriata del paziente in base alla instabilità clinica e alla complessità assistenziale • Disallineamento tra instabilità clinica e complessità assistenziale dei pazienti • Aumentato carico di lavoro correlato alla documentazione sanitaria • Tempi di formazione continua molto lunghi • Mancanza di letteratura sulla definizione di ospedale organizzato per intensità di cura

INDICATORI DI STRUTTURA	INDICATORI DI PROCESSO	INDICATORI DI ESITO
Tasso di occupazione dei posti letto	% dimissioni verso casa, % dimissioni verso Hospice	N° LDP
Degenza media	% dimissioni protette	N° Cadute
Degenza media pre-operatoria	% contatti ADI tardivi su tot dimissioni protette	Infezione ferita chirurgica (SICHER)
% ricoveri > 20gg su tot ricoveri ordinari	% interventi ortogeriatrics entro 48 ore	Infezione da CAUTI/1000 gg catetere
N° pazienti in lista d'attesa	% interventi "classe A" entro i 30 gg	N° Infezioni CVC
Tempi di attesa per ricovero	N° interventi chirurgici in emergenza, bassa complessità, percorso fegato VB, percorso tratto alimentare, percorso pancreas, percorso oncologia pelvica femminile	Tasso di mortalità per ictus
Durata media attesa in PS		
N° re-ricoveri a 30 gg		
N° re-ricoveri in Terapia intensiva (high-care) a 48 ore dalla dimissione	Monitoraggio dello stato di salute del paziente (autonom/dipendenza)	Tasso di mortalità per sepsi
N° trasferimenti tra aree assistenziali a diversa intensità/ N° trasferimenti interni	Monitoraggio del dolore	N° Eventi avversi post-chemioterapici
% pazienti trasferiti dalla Week in degenza ordinaria nel WE	% valutazioni UVM su tot ricoveri ordinari	% operatori soddisfatti
N° trasferiti	% di adesione al PDTA, % di pazienti assegnati al PDTA predefinito	% gradimento dell'assistenza di pazienti e familiari
N° ricoveri da PS per fascia oraria	% pazienti assegnati al setting assistenziale	
N° ricoveri da PS per disciplina	% pazienti collocati nell'area di pertinenza	
% ricoveri Week da PS	% adesione igiene delle mani	

N° dimessi	N° Audit su dolore post-operatorio, dolore cronico e trattamento LDP	
% dimissioni protette con ADI e MMG	% di check-list compilate correttamente	
% bedblockers	Indice comparativo di performance	
N° pazienti trattati in low-care	Tempi di processo in PS	

CAPITOLO IV

Progetto di implementazione del modello Organizzativo per Intensità di cure nel nuovo Ospedale del Mare

4.1 Il nuovo Ospedale del Mare

La realizzazione del Presidio Ospedaliero “Ospedale del Mare” è rientrata in un più ampio programma di riqualificazione della rete ospedaliera della città di Napoli che si è posto come obiettivo la realizzazione, con capitale pubblico-privato, di una struttura sanitaria di ricovero nell’area est della città.

L’area metropolitana su cui sorge l’ospedale è caratterizzata da condizioni di emarginazione con forte disagio sociale che da sempre hanno richiesto l’elaborazione di politiche mirate al miglioramento socio-assistenziale.

Il bacino di utenza si attesta intorno ai 500.000 abitanti, che rappresentano non solo i cittadini dell’area metropolitana dell’ASL Napoli 1 centro, ma anche quelli dei territori delle aree settentrionali dell’ASL Na3 sud confinante.

Il progetto allo stato in corso di completamento, prevede la dotazione complessiva di 500 pl. di cui 450 ubicati nel presidio ospedaliero e destinato a garantire specialità di diagnosi e cura del III livello della rete dell’emergenza.

Ulteriori 50 posti letto per degenze a basso grado di assistenza sono previsti in una struttura residenziale-alberghiera ubicata all’interno dell’area dell’insediamento.



Figura 2 Immagine del Nuovo Ospedale del Mare

Il Decreto Commissariale n. 49 del 27 settembre 2010, avente per oggetto il “*piano di riassetto della rete ospedaliera e territoriale*” si prevede per l’ospedale del Mare che sia un Azienda di Rilievo Nazionale.

Inoltre, nella rete dell’emergenza sono previsti:

- Centro Hub di II livello per l’emergenza cardiologica, dotato di Unità di Terapia Intensiva Cardiologica ed emodinamica interventistica.
- Centro Hub di II livello per l’ictus cerebrale acuto, dotato di Stroke unit, con degenza di Neurologia di Neuroradiologia e Neurochirurgia.
- Stone Center per il trattamento della calcolosi renouretale, comprensivo di litotrissia extracorporea e della lasertrissia
- Centro Trauma di Alta Specializzazione di riferimento per tutto l’ambito regionale, dotato di Unità Spinale Unipolare.

La dotazione dei posti letto organizzata per Dipartimenti e Unità Operative è la seguente:

Dipartimento di Emergenza- TS (Trauma Center)	
➤ Chirurgia d'Urgenza	20 pl
➤ Chirurgia Maxillo-facciale	5 pl
➤ Chirurgia Toracica	10 pl
➤ Chirurgia Vascolare	15 pl
➤ Medicina d'urgenza	15 pl
➤ Ortopedia e traumatologia	30 pl
➤ Terapia intensiva	20 pl
Dipartimento cardio-vascolare	
➤ Cardiologia	20 pl
➤ Unità Coronarica	10 pl
Dipartimento Neuroscienze ed Alta Specialità Neuroriabilitativa	
➤ Unità Spinale	10 pl
➤ Unità Spinale	20 pl
➤ Recupero e Riabilitazione	25 pl
➤ Neuroriabilitazione	16 pl
Dipartimento Scienze Medico- Chirurgiche e Riabilitative	
➤ Chirurgia Generale	35 pl
➤ Chirurgia Plastica	5 pl
➤ Malattie Endocrinologiche e del Ricambio	5 pl
➤ Medicina Generale	27 pl
➤ Nefrologia	12pl
➤ Oculistica	15pl
➤ Otorinolaringoiatra	15pl
➤ Urologia	20pl
➤ Gastroenterologia	15pl

Dipartimento Materno- Infantile	
➤ Ostetricia e Ginecologia	25 pl
➤ Neonatologia	6 pl
➤ TIN	6 pl
Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura	8 pl
Dipartimento Servizi	
➤ Radiologia Generale	
➤ Neuroradiologia	
➤ Laboratorio analisi	
➤ Farmacia	
➤ Medicina Nucleare	

4.2 Organizzazione per Intensità di cure dell'Ospedale del Mare

L'ospedale per Intensità di cure s'identifica in un modello organizzativo e assistenziale strutturato per aree di pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo secondo un ordine di complessità che viene classificato in tre tipologie:

- **alta complessità clinico-assistenziale:** al paziente in pericolo di vita o giunto in condizioni critiche , viene assicurata la massima attenzione onde evitare l'insorgere di complicanze o insufficienze acute;
- **media complessità clinico-assistenziale:** al paziente viene garantita la stabilizzazione dello stato fisico, con una sorveglianza delle funzioni vitali, ma senza una continuità nell'osservazione ;
- **bassa complessità clinico-assistenziale:** al paziente viene garantita un'assistenza e cura senza sorveglianza particolare ,(fase conclusiva di un ricovero che transiteranno poi in assistenza territoriale).

L'approccio tradizionale “verticale” presentava la difficoltà di dover integrare obiettivi e risultati tra le differenti funzioni e tra queste e la direzione strategica generale, mentre al contrario l'approccio orizzontale supera i problemi di integrazione tra funzioni e divisioni

attraverso la focalizzazione sul processo, definito dal flusso di lavoro che si svolge trasversalmente all'interno dell'Azienda.

Ciò porta all'attuazione della nuova strategia che rende possibile la visione complessiva dei processi operativi che agiscono in una organizzazione complessa come quella ospedaliera, favorendo l'integrazione fra le varie strutture produttive⁴⁰⁴¹⁴²

Ci si è spostati, in sintesi, da una logica a silos, ad un'organizzazione trasversale costruita sulle necessità del paziente, i cui obiettivi strategici sono:

1. Realizzare un assetto organizzativo corto e snello con un sistema a rete di servizi con il vertice strategico che sia vicino al nucleo operativo;
2. Creare percorsi assistenziali integrati all'interno di un dipartimento e tra i dipartimenti ospedalieri dove a muoversi saranno le risorse e non i pazienti;
3. Rendere possibile la combinazione di professionalità o specialità provenienti da diverse unità organizzative per:
 - Mettere al centro il risultato e il paziente valutando il risultato con il metro del paziente;
 - Migliorare l'efficienza interna;
 - Sviluppare lavoro di gruppo per obiettivi e risultati;
 - Tendere all'unitarietà della risposta assistenziale.

Le linee di attività ospedaliera progettate per l'Ospedale del Mare sono :

- **Linea chirurgica:** distinta in chirurgia d'urgenza che comprende i ricoveri per problemi di tipo chirurgico con accesso dal Dipartimento di Emergenza e chirurgia programmata che prevedono tutti quei interventi chirurgici che fanno seguito ad una programmazione e valutazione prima del ricovero stesso. Fanno parte anche la chirurgia di un giorno (Day Surgery)
- **Linea della High-care:** ricoveri di tipo medico con necessità di cura continua nelle 24 ore oppure per periodi inferiori alle 12 h (Day Hospital) che in ogni caso richiedono un'alta intensità di assistenza sanitaria;
- **Percorso Salute Donna:** il percorso offre alle donne un insieme completo di servizi e percorsi dedicati in modo specifico alla salute psico-fisica femminile nelle differenti

⁴⁰Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring systems A method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974; 2:57-60

⁴¹ Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: Update 1983. Crit Care Med 1983; 11:1-3.

⁴² Italian Multicenter Group of ICU research (GIRTI). Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. Intensive Care Med. 1991;17(6):340-5.

fasi della vita, dall'adolescenza alla menopausa, e nella gravidanza. Particolare attenzione viene rivolta alla prevenzione delle malattie che colpiscono le donne, con specifici programmi di screening per il contrasto ai tumori della mammella (Breast Unit) e del collo dell'utero, del colon retto. Un team multidisciplinare in particolare adatto alla presa in carico delle donne con endometriosi, dalla diagnosi e cura con le più moderne tecnologie quali il protocollo non invasivo per la diagnostica e la laparoscopia avanzata ginecologica per il trattamento mininvasivo.

- **Linea out-patients:** raggruppa le attività per utenti non ricoverati: comprende prestazioni sia ambulatoriali, percorsi coordinati, anche con il coinvolgimento di risorse di elevata complessità (Emodialisi; Day service, endoscopia, diagnostica interventistica, ed altri);
- **Linea della low-care:** ricoveri con necessità di cura continua nelle 24 ore che richiedono assistenza di più bassa intensità

Gli elementi cardine di questo approccio organizzativo sono:

- *Multidisciplinarietà:* ovvero il superamento dell'articolazione dei reparti differenziati secondo la disciplina specialistica;
- *Gradualità delle cure:* prevede la strutturazione delle attività ospedaliere secondo le modalità assistenziali, intensità di cura, durata della degenza e regime di ricovero.

Con particolare riguardo al Percorso salute Donna, si evidenzia che tale linea di attività è stata scelta rispetto all'organizzazione di origine che prevedeva la realizzazione del Dipartimento Materno-Infantile.

Tale scelta si giustifica dalla presenza a circa due chilometri di distanza di un punto nascita di III Livello, presso un Presidio Ospedaliero classificato, con Terapie Intensiva autonoma con un volume di attività di circa 1.900 parti/anno, con solo il 33% di parti chirurgici.

All'interno dell'Ospedale del Mare è possibile individuare le seguenti piattaforme logistiche con differenti livelli d'intensità⁴³⁴⁴⁴⁵⁴⁶:

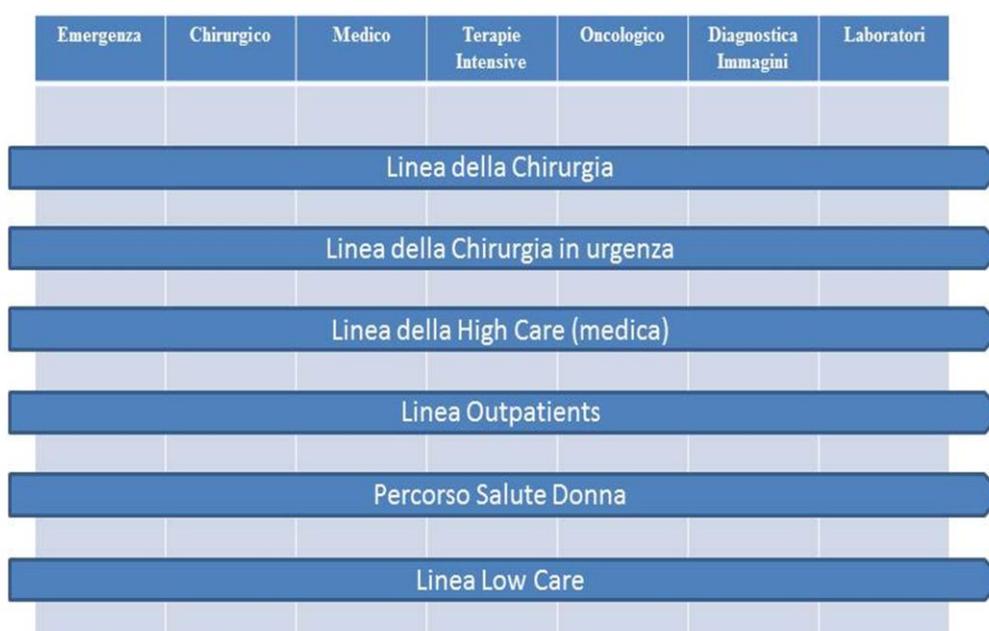
⁴³ Miranda DR, de Rijk A, Shaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items – Results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996;24:64-73.

⁴⁴ Beck DH, McQuillan P, Smith GB. Waiting for the break of dawn? The effects of discharge time, discharge TISS scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1287-93

⁴⁵ Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med*. 1997 Jul;23(7):760-5

⁴⁶ Lucchini A, Chinello V, Lollo V et al. The implementation of NEMS and NAS systems to assess the nursing staffing levels in a polyvalent intensive care unit. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2008; 27 (1): 18-26

1. **Piattaforme intensive** (High care) che comprendono posti letto di terapia intensiva e sub intensiva
2. **Piattaforma medica** caratterizzata dall'aggregazione di specialità di area medica, nella quale si distinguono un livello medio di intensità di cure (per es. pazienti che provengono dal Pronto Soccorso), ed un'area a bassa intensità dedicata alla cura del post-acuzie o low care, lungodegenziali e riabilitative, per pazienti provenienti anche dalla piattaforma chirurgica.
3. **Piattaforma chirurgica** caratterizzata dall'aggregazione delle specialità di area chirurgica con un livello medio d'intensità, nella quale concentrare i pazienti che necessitano di intervento chirurgico.



All'interno sia della piattaforma medica che chirurgica è possibile distinguere livelli d'intensità diversi, livello medio-alto e livello medio- basso.

Distinguiamo poi un'area per tutte le attività ambulatoriali e l'area del ciclo diurno.

Le porte di accesso all'Ospedale, che avviano i percorsi dei pazienti, sono rappresentate dal Pronto Soccorso e i Ricoveri Ordinari



4.3 I criteri di accesso

In questa modalità organizzativa è necessario stabilire i criteri di accesso e di trasferibilità.

L'identificazione dei criteri deve avvenire con modalità condivise tra i diversi professionisti al fine di assegnare i pazienti alle piattaforme e ai relativi livelli d'intensità appropriati.

La definizione puntuale dei criteri, non esula dalla necessità di una presa in carico integrata tra le diverse professionalità, soprattutto quando si è di fronte a pazienti anziani che presentano bisogni complessi⁴⁷.

A supporto è necessario prevedere l'utilizzo di scale di valutazione relative alla condizione clinica e al carico assistenziale del paziente, allo scopo di assegnarlo al setting più appropriato e ad un efficiente utilizzo delle risorse^{48,49,50}.

Nel capitolo II sono stati esaminati diversi strumenti, dalla letteratura è emerso che i più utilizzati sono:

- NEWS (National Early Warning Score- Misurazione standardizzata della gravità della malattia)

⁴⁷ Bartolomei C, Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Italian Journal of Medicine 2007; 2(1):31-39

⁴⁸ Freya B, Hossleb JP, Sigrisb MS, Cannizzaro V. Measurement of resident workload in paediatric intensive care. Swiss Med Wkly. 2013;143:w13844.

⁴⁹ Debergh DP, Myny D, Van Herzeele I et al Measuring the nursing workload per shift in the ICU. European Journal of Intensive Care Medicine. August 2012

⁵⁰ Mattiussi E. studio osservazionale prospettico per la valutazione dei carichi assistenziali in terapia intensiva, attraverso l'utilizzo del "Nursing Activity Score": dati preliminari. Relazione di fine Master in Evidence Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico Assistenziale. Bologna – 19 Ottobre 2011.

- MEWS (Modified Early Warning Score)
- IDA (Indice di Dipendenza Assistenziale)
- IIA (Indice di intensità Assistenziale)
- Tri.Co. (Triage di corridoio, composto da MEWS E IDA)

L'utilizzo di tali strumenti, non prescinde il giudizio clinico del professionista sanitario⁵¹⁵².

4.4 Il ruolo dei professionisti

Questa organizzazione implica lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con la organizzazione, favorendo un'evoluzione della presa in carico del paziente il più possibile personalizzata, condivisa tra tutti i professionisti coinvolti nel processo di cura, determinando:

- la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi;
- la necessità di introdurre ruoli di case management (medico tutor, infermiere referente) con la funzione di garantire una maggiore coesione all'interno delle equipe professionali ed una più forte interazione con tutti i servizi che ruotano attorno al paziente;
- la necessità di sviluppare anche ruoli e competenze gestionale (di processo, di gestione delle risorse umane) nell'ambito delle singole piattaforme.

Il Direttore del Dipartimento

E' responsabile del corretto utilizzo degli strumenti del governo clinico. Esercita una forte leadership sviluppando profonde competenze di programmazione e controllo, crea le condizioni per lo sviluppo di competenze tecnico-scientifiche in un contesto multi professionale.

Responsabile di specialità

È un leader clinico con una responsabilità rispetto alla definizione delle politiche innovative , la validazione dei gruppi di lavoro e dei percorsi assistenziali. I responsabili di specialità

⁵¹ Inoue I KI, Matsuda I LM. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for adults. Acta Paulista de Enfermagem 2010; 23(3):379-84.117

⁵² Lucchini A, De Felippis C, Elli S et al. Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital. Intensive and Critical Care Nursing 2014; 30: 152—158

negozano con il direttore del dipartimento gli obiettivi, le soluzioni operative in termini di logistica dei percorsi e la disponibilità di risorse umane e tecnologiche.

Il Medico tutor

Il Medico tutor prende in carico il paziente dopo l'accettazione dello stesso, stende il piano clinico ed è responsabile del singolo percorso sul singolo paziente. Integra il lavoro degli altri professionisti e consulenti per il gruppo di pazienti che gli è stato assegnato. Si assume la responsabilità di programmare l'intero percorso diagnostico-terapeutico,

E' il referente informativo del paziente e della sua famiglia e si interfaccia col MMG.

La modalità di assegnazione del caso al medico tutor è stabilita dal Direttore della Unità Operativa di riferimento.

L'Infermiere referente

L'infermiere di riferimento prende in carico il paziente ed è responsabile della pianificazione e valutazione dell'assistenza erogata. Garantisce un piano di continuità assistenziale che sia personalizzato. Diventa punto di riferimento per il paziente ma anche per i familiari e gli altri operatori. Si avvale per l'espletamento delle proprie funzioni del personale di supporto, col quale deve collaborare fornendo indicazioni di carattere professionale ed organizzativo.

Il Coordinatore Infermieristico della piattaforma

è un infermiere in possesso di requisiti specifici, che ha la responsabilità gestionale della piattaforma assistenziale.

Gestisce risorse umane e materiali, adeguandole ai diversi livelli di complessità al fine di garantire un'assistenza appropriata. Valorizza la pratica infermieristica generata dalla conoscenza e dalla relazione degli infermieri con i pazienti; della programmazione delle risorse infermieristiche e OSS, nel rispetto del ciclo di attività previsto.

Infine si occupa dello sviluppo della comunicazione e delle relazioni all'interno del team multidisciplinare e inter professionale.

L'Infermiere di processo

è l'infermiere che ha un ruolo chiave nell'ambito dell'organizzazione dei percorsi di cura, Per ogni unità operativa è previsto l'infermiere di processo, il cui orario di lavoro va dalle 08:00 alle 14:00, tutti i giorni tranne i festivi.

Il suo ruolo prevede la presa in carico del paziente all'ingresso, redige il piano standard di assistenza sulla base delle care paths, segue il percorso del paziente fino alle dimissioni, organizza l'assistenza intermedia o domiciliare, eventuali trasferimenti in strutture di riabilitazione, si interpone con i familiari divenendo la figura di riferimento. Partecipa al briefing con gli infermieri di cellula, il medico e gli altri operatori sanitari, e partecipa ai colloqui medico / familiari.

Conosce l'utilizzo di programmi informatici che permettono la determinazione, l'organizzazione, delle dimissioni complesse per tutti quei pazienti che lo necessitano. Si occupa dell'aggiornamento della *lavagna pianificativa* presente in ogni unità e suddivisa per settore si interpone con la figura del **VISUAL HOSPITAL** per la gestione dei flussi.

L'Infermiere Specialista Clinico

L'attività dell'Infermiere Specialista è identificata nella capacità di contribuire allo sviluppo, implementazione e verifica di tutte le fasi dei processi infermieristici ad alta specializzazione sia attraverso interventi tecnici codificati che di problem-solving.

Esplora la sua attività sotto forma di consulenza, contribuendo al miglioramento qualitativo delle modalità di erogazione dell'assistenza.

Bed Manager

La gestione del posto letto è una parte essenziale della pianificazione delle risorse in un ospedale, necessita pertanto che sia individuato un responsabile (bed manager)

Il BM ha la responsabilità di "governare e regolare" i flussi in entrata e in uscita dalle diverse piattaforme e di interfaccia operativa con le porte d'ingresso dell'ospedale (Pronto Soccorso e Ricoveri in Elezione) e di uscita (domicilio, Servizi territoriali).

4.5 Informatizzazione e Gli Strumenti di comunicazione

La spina dorsale delle attività è l'informatizzazione di tutti i processi assistenziali e organizzativi. I vari programmi utilizzabili, devono permettere la corretta gestione della somministrazione della terapia, la visione di esami strumentali, la determinazione dei piani di dimissione complessi, l'accertamento clinico e infermieristico del paziente, la visualizzazione e la prenotazione di esami ematici e diagnostici.

Il programma centro di tutte le attività deve essere e utilizzato in forme differenti dal medico, dall'infermiere e da tutti gli altri professionisti sanitari (fisioterapisti, logopedisti, dietisti).

All'infermiere deve permettere attività peculiari al proprio profilo quali l'accertamento infermieristico, la raccolta di dati e l'apertura delle diagnosi infermieristiche per un nuovo ricovero, gestione della terapia, annotazione di parametri vitali, diario delle attività infermieristiche, gestione di presidi (cateteri vescicali, CVC, PEG...), scheda dimissione infermieristica, di decesso e tante altre attività.

Al medico permette l'esecuzione dell'aggiornamento clinico, la richiesta di esami strumentali o di consulenze, l'impostazione della terapia farmacologica ecc.

E' necessario implementare un programma utilizzato dal medico di reparto e dall'infermiere di processo al fine di permettere la determinazione delle dimissioni complesse, valutando sia la necessità di assistenza, di interventi domiciliari o in struttura (permette la valutazione dei minuti di assistenza), sia la scelta di presidi necessari alla dimissione del paziente.

E' di fondamentale importanza implementare con attenzione i meccanismi di comunicazione, scambio e confronto tra Professionisti attraverso una forte standardizzazione degli strumenti informativi e delle modalità organizzative, nonché una stretta programmazione dei tempi di comunicazione.

- a. La **cartella clinica integrata** è il principale strumento di integrazione professionale, comune tra le varie figure professionali che intervengono sul paziente. Lo strumento accompagnerà il paziente in tutte le fasi dell'intensità di cura; rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza.
- b. La **visita medica** che tradizionalmente è riferita alla presenza contemporanea di un infermiere ed un medico della stessa U.O. in momento codificato della giornata è da considerarsi non più strettamente coincidente con il modello organizzativo assistenziale. La Visita Medica tradizionale diviene un "Round Interprofessionale" che viene effettuato in contemporanea da più professionisti medici ed infermieri solo per quei casi in cui durante il briefing si è ritenuto un valore aggiunto la multidisciplinarietà. L'obiettivo è quello di strutturare un effettivo momento di confronto medico/infermiere/paziente relativamente al progetto clinico assistenziale dello stesso. I pazienti candidati alla dimissione in giornata così come i pazienti discussi all'interno del briefing possono non rientrare nella necessità del modello di "Visita Medica".
- c. Il **briefing**, momento quotidiano di incontro e di discussione a cui partecipano alcuni Professionisti appartenenti al Team multiprofessionale e che non si svolge "al letto del

paziente”; prevede un’organizzazione delle modalità di esecuzione diversa per ogni realtà operativa poiché legata ad aspetti quali la tipologia dei ricoveri, le principali valenze assistenziali dei pazienti, l’organizzazione interna delle attività, ed il numero dei professionisti coinvolti nel processo clinico/assistenziale. Prevede inoltre gradi di approfondimento a seconda delle condizioni cliniche ed assistenziali del malato. Al termine di ogni riunione di briefing vengono aggiornati e documentati gli obiettivi e in particolare la data presunta di dimissione. Il **debriefing** ha le stesse finalità del briefing ma viene effettuato al termine della sessione di lavoro al fine di valutarne l’efficacia.

- d. Il **Visual Management** (amministrazione visiva) è un metodo per la generazione di un ambiente ricco di informazioni immediate e visivamente stimolanti. Il viaggio del paziente all’interno dell’ospedale è estremamente complesso e spesso solo il paziente è consapevole di tutte le tappe del percorso svolto. In tale contesto, la mancanza di informazioni può generare errori e ritardi enormi. Non è possibile prevedere in anticipo l’intero percorso e per tale ragione è di primaria importanza ideare un sistema che permetta di creare una conoscenza diffusa tra tutti gli operatori di ciò che accade all’interno del settore assistenziale e di quello che, invece, dovrebbe accadere. Uno strumento che si presta in maniera ottima per rispondere a questo bisogno è il “Piano Per Ogni Paziente”: tale sistema consiste nella rappresentazione visiva della pianificazione del percorso clinico-assistenziale di ogni paziente che accede alle Piattaforme, dal primo giorno in reparto fino all’ipotetico momento della dimissione. In pratica, subito dopo l’ammissione, si ipotizza, medico e infermiere, il percorso clinico da svolgere e viene rappresentato su un tabellone. In tale tabellone per ogni paziente sono riservate due righe: nella prima c’è la programmazione delle attività, da svolgere, nella seconda sono presenti le attività che sono state realmente svolte. Il percorso del paziente è quindi costantemente monitorato e aggiornato rendendo evidenti le situazioni di allerta (ritardi o dimissioni imminenti). In questo modo si facilita la programmazione delle attività, poiché chiunque è in grado di vedere cosa c’è da fare e cosa è stato fatto, e si crea la possibilità di preparare in anticipo tutto il necessario per seguire il piano. E’, inoltre ipotizzata in sede di programmazione iniziale, la data di dimissioni che sarà continuamente tenuta sotto controllo così da attivare già alcuni giorni prima tutte le procedure necessarie al suo corretto svolgimento. Questa pratica è fondamentale per le dimissioni complesse, cioè quelle

che necessitano dell'attivazione di servizi territoriale per l'accoglienza in strutture quali RSA,, ADI, Hospice, etc.



Figura 4 Management Pannello Visual

- e. La **riunione di team** è un incontro strutturato in cui sono discussi esclusivamente problematiche riguardanti il percorso riabilitativo del paziente a cui partecipano tutti gli operatori che sono coinvolti nel progetto riabilitativo, ovvero tutti i componenti del team clinico assistenziale. I principali obiettivi sono: la presentazione dei nuovi ingressi, la verifica e l'aggiornamento della situazione dei pazienti in trattamento, la pianificazione delle dimissioni o di altre attività della settimana che hanno valenza interprofessionale (es. riunioni con familiari, ecc.). Il percorso riabilitativo deve contenere, tra le altre cose, una ipotesi di tempistica (es. data di dimissione o di passaggio ad altro setting) e l'approccio di coinvolgimento della famiglia del paziente.

- f. La **consegna medica e infermieristica** oltre che trovare una sua naturale documentazione all'interno della documentazione di competenza deve prevedere pur secondo la variabilità dei contesti operativi una forma standardizzata.

Il metodo SBAR (*Situation Background Assessment Recommendation*) rappresenta uno strumento finalizzato alla standardizzazione della comunicazione tra tutti i membri del team al fine di garantire una visione immediata, concisa, chiara e condivisa di tutte le informazioni essenziali per gestire adeguatamente il paziente⁵³⁵⁴. L'uso dello strumento SBAR può essere previsto in tutti i passaggi di informazione in qualunque fase del percorso terapeutico del paziente (medico di base-ospedale; personale dell'ambulanza-ospedale; tra consulenti ospedalieri; tra referenti di reparto per i trasferimenti; ospedale-medico di base ecc.). Inoltre, si applica sia ai passaggi di informazione verbali e non verbali, sia in ambito di routine e nell'emergenza, situazione nella quale è essenziale raggiungere una quanto più rapida e chiara consapevolezza situazionale al fine di mettere in atto altrettanto rapide e efficaci azioni correttive. Struttura della SBAR:

1. **Situation-Situazione:** breve descrizione della situazione attuale fonte di preoccupazione (problema principale del paziente che spinge a parlarne mediante la metodologia SBAR)

2. **Background:** motivo del ricovero/intervento e data del ricovero/intervento. Problemi anamnestici significativi, risultati laboratoristici o strumentali significativi, terapia attuale

3. **Assessment:** valutazione dei parametri vitali, impressioni cliniche, preoccupazioni

4. **Raccomandation-Raccomandazioni:** spiegare ciò di cui si ha bisogno indicando con precisione la richiesta e i tempi, chiarire le aspettative e dare dei suggerimenti su come si intende procedere.

⁵³ Renz SM, Boltz MP, Wagner L et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*, 2013, Vol.34(4): pp.295-301

⁵⁴ Bagnasco A, Poletto C, Proverbio R et al Doctor-nurse effective communication: situation background assessment recommendation (SBAR) survey between students of an italian paediatric nursing degree program *Acta Paediatrica*, 2011 Dec, Vol.100 Suppl 463, pp.111-112

Tabella. Esempio di informazioni cliniche trasmesse con l'approccio SBAR

SBAR	
S	Paziente M.R. ricoverato oggi d'urgenza. Al momento agitato, dispnoico. Attualmente (h.12.30) 38°C. Secrezioni dense, difficoltà nell'espettorazione.
B	Pregressa storia di BPCO con frequenti riacutizza. Temperatura corporea elevata da giorni.
A	SaO ₂ 99%. In corso di ossigenoterapia al 35%. Rx torace con addensamento basale destro. In corso ceftazidime ev 5 gr die.
R	Aspirare solamente se necessario. Proseguire nella somministrazione di liquidi; NPT 2000 Kcal/24 ore. Possibile disorientamento notturno: sorvegliare.

Il modello Handover “consegna a letto del malato”

Le consegne infermieristiche rappresentano un momento fondamentale nello svolgimento delle attività assistenziali infermieristiche quotidiane⁵⁵. La finalità consiste nel trasferimento di responsabilità relative al paziente da un turno infermieristico all'altro. L'obiettivo è garantire la continuità assistenziale. La letteratura propone questa forma di consegne quale strumento efficace per la riduzione degli eventi avversi correlati al processo assistenziale. Tale modalità determina una maggiore trasparenza per il paziente ed i suoi familiari; più sicurezza per il paziente. Con tale modalità di passaggio delle informazioni al letto del paziente si sono registrate anche un numero inferiore di interruzioni.

- g. La **reception di piattaforma**. Nell'ambito delle riorganizzazioni per intensità di cura, elementi portanti risultano lo sviluppo delle Linee Assistenziali in piattaforme, ed il superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica. La realizzazione di un luogo strutturato, atto a rispondere al bisogno organizzativo trova la sua naturale espressione nella “Reception di piattaforma”. Tale contesto si inserisce all'interno di questa nuova organizzazione e la sua implementazione permette agli operatori di linea di recuperare tempo-lavoro, da reinvestire nel processo assistenziale. Le funzioni della “Reception di piattaforma”, sono costituite da una base comune e da elementi specifici declinati per ciascuna realtà; parte del lavoro attribuito deriva dall'assistenza indiretta, intesa come “le attività comprese nelle funzioni del personale infermieristico che vengono svolte non

⁵⁵ Scovell, S. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. Nursing Standard, Jan 20, 2010,.24:.35

alla presenza del malato”; il resto consiste in attività amministrative specifiche e nella gestione dei flussi di comunicazione con il cliente interno (ad es. servizi di supporto/interfacce: farmacia, economato, laboratorio analisi, etc.) ed esterno (ad es. utente, familiari, care givers; etc.). Si può individuare quale personale dedicato alle funzioni della reception di piattaforma gli operatori con limitazioni all’assistenza diretta, offrendo così la possibilità di una valorizzazione professionale, incentivando la motivazione e la soddisfazione personale.

- Migliorare la comunicazione interna ed esterna per lo sviluppo della *customer service* delle piattaforme assistenziali;
- Gestire le attività di assistenza indiretta (snellimento delle procedure e facilitazione delle pratiche amministrative), con conseguente recupero di tempo assistenziale all’operatore di linea (Medico, Infermiere, Oss);

Recuperare e valorizzare il *personale con inidoneità fisica*, in modo che possa continuare ad esprimere le proprie capacità in ambito professionale.

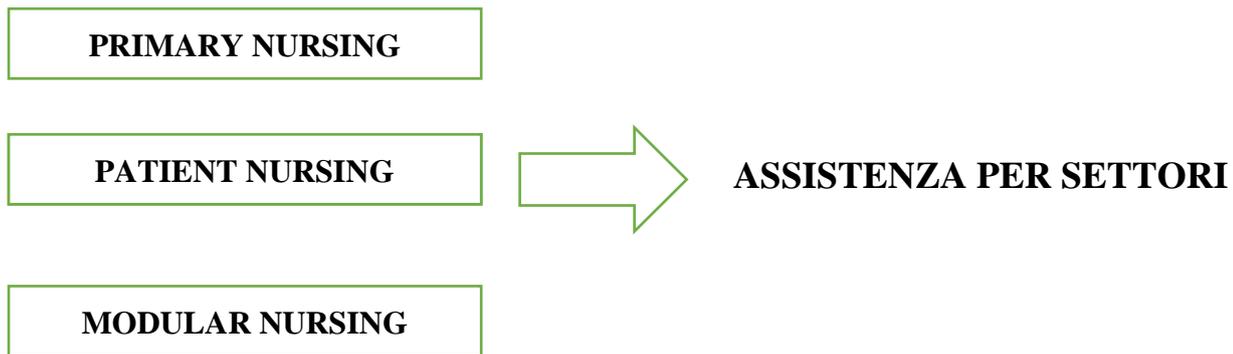
4.6 L’Assistenza infermieristica per Settore incentrata sul paziente

Il personale infermieristico è chiamato quindi a non lavorare più per compiti, ma per funzioni, svolgendo un importante ruolo di cerniera al fine di integrare i processi assistenziali. Il modello utilizza le migliori caratteristiche di tre modelli assistenziali infermieristici ed è funzionale ad un graduale sviluppo del nursing. Infatti dal *Primary Nursing* assume la presa in carico da parte dell’infermiere del singolo paziente per tutta la degenza⁵⁶; dal *Patient focused*⁵⁷ cura il piano di assistenza personalizzato – il paziente e il care giver diventano parte integrante del piano di cura – ed infine dal *Modular Nursing*⁵⁸ un infermiere lavora all’interno di un modulo/ un settore affiancato da un’equipe assistenziale. Il tutto con l’obiettivo di creare valore per il paziente, responsabilizzazione dell’infermiere e modernizzazione dell’organizzazione.

⁵⁶ Aggar, C, Gordon C, Bloomfield J. Primary healthcare nursing workforce development.(FOCUS: Primary/Community Care) Australian Nursing & Midwifery Journal, Dec, 2015, Vol.23(6), p.43(1)

⁵⁷ Knight E, Shea, K. A Patient - Focused Framework Integrating Self - Management and Informatics Journal of Nursing Scholarship, 2014, Vol.46(2), pp.91-97

⁵⁸ Loonstra, KS, Jongkind H, Van Dam FS. Evaluating the process of nursing care: The development and implementation of a modular system. European Journal of Cancer, Sept, 1997, Vol.33, p.S320-S321



La letteratura ha ampiamente dimostrato che questo approccio migliora la percezione di benessere del paziente, sia direttamente riducendo l'ansia e la depressione, sia indirettamente promuovendo la fiducia e la coesione sociale. Tutto ciò aumenta la capacità dell'utente di affrontare le avversità legate alla malattia, di gestire meglio le emozioni e di navigare più efficacemente nei meandri del sistema sanitario.

Questo nuovo modello prevede una organizzazione del lavoro infermieristico e di quello del personale di supporto all'assistenza che supera il tradizionale modello tecnico e si avvicina invece ad un modello organizzativo di tipo professionale, coerente con lo sviluppo che la professione infermieristica ha maturato negli ultimi venti anni.

Il settore d'assistenza è quindi un'unità di lavoro ben definita, permette di sostituire l'organizzazione a lotti con quella a flusso continuo, fornisce le risorse necessarie per aumentare la rapidità dell'azione. All'interno del settore d'assistenza troviamo l'infermiere di settore, che attua il piano assistenziale e lo personalizza, avvalendosi della preziosa collaborazione del personale di supporto.

Esempio di organizzazione delle attività infermieristiche in un Settore di Area Medica

Tabella 3 Pianificazione attività Settore Rosso

HIGH CARE MEDICA_MATTINA															
SETTORE ROSSO															
	07:00	07:15	07:30	08:00	08:30	08:45	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00
IS 1	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Yellow	Dark Blue	Purple	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow				
OSS 1	Yellow	Pink	Pink	Pink	Yellow	Dark Blue	Red	Orange	Pink	Pink					
Infermiere di Piattaforma				Grey	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Yellow	Purple	Green	Green	Dark Blue	Green
SETTORE VERDE															
	07:00	07:15	07:30	08:00	08:30	08:45	09:00	09:30	10:00	10:30	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00
IS 2	Yellow	Light Blue	Light Blue	Light Blue	Dark Blue	Yellow	Dark Blue	Dark Blue	Dark Blue	Dark Blue	Purple	Light Blue	Light Blue	Yellow	Yellow
OSS 2	Yellow	Pink	Pink	Pink	Dark Blue	Yellow	Dark Blue	Dark Blue	Dark Blue	Dark Blue	Red	Orange	Pink	Pink	

- Passaggio consegne
- Posizionam.pz - assistenza di base
- Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS
- Controllo attività settimanali secondo check list
- Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina
- Briefing multidisciplinare
- Prepar. Briefing
- Dimissioni
- Accoglienza nuovi pz
- Stesura consegne e passaggio
-
-
- Controllo 5 S, riordino materiale magazzino

Tabella 4 Pianificazione attività Settore Rosso Pomeriggio

HIGH CARE MEDICA_POMERIGGIO															
SETTORE ROSSO															
	13:00	13:30	14:00	14:30	15:00	15:30	16:00	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00
IS 1	Passaggio consegne	Posizionam.pz - assistenza di base	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Stesura consegne e passaggio	Stesura consegne e passaggio
OSS 1	Passaggio consegne	Posizionam.pz - assistenza di base	Controllo attività settimanali secondo check list	Controllo attività settimanali secondo check list	Controllo attività settimanali secondo check list	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina	Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina			
Infermiere di Piattaforma	13 →	13:30	14	14:30	15	15:30	16	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00
	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni	Dimissioni											
SETTORE VERDE															
	13 →	13:30	14	14:30	15	15:30	16	16:30	17:00	17:30	18:00	18:30	19:00	19:30	20:00
IS 2	Passaggio consegne	Posizionam.pz - assistenza di base	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Stesura consegne e passaggio	Stesura consegne e passaggio
OSS 2	Passaggio consegne	Posizionam.pz - assistenza di base	Controllo attività settimanali secondo check list	Controllo attività settimanali secondo check list	Controllo attività settimanali secondo check list	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Accoglienza nuovi pz	Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina	Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina			

- Passaggio consegne
- Posizionam.pz - assistenza di base
- Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS
- Controllo attività settimanali secondo check list
- Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina
- Briefing multidisciplinare
- Prepar. Briefing
- Dimissioni
- Accoglienza nuovi pz
- Stesura consegne e passaggio
-
-
-

Tabella 5 Pianificazione attività Turno Notte

		HIGH CARE MEDICA_NOTTE														
		20:00	20:30	21:00	22:00	23:00	00:30	1:00	01:30	2:00	04:00	05:00	05:30	06:00	06:30	07:00
IC 1		Passaggio consegne	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Passaggio consegne	Passaggio consegne	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	prelievi ematici e campioni biologici	prelievi ematici e campioni biologici	Stesura consegne e passaggio	Stesura consegne e passaggio
IC2		Passaggio consegne	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS	Posizionam.pz - assistenza di base	Posizionam.pz - assistenza di base	Passaggio consegne	Passaggio consegne	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	Attività di sorveglianza	prelievi ematici e campioni biologici	prelievi ematici e campioni biologici	Stesura consegne e passaggio	Stesura consegne e passaggio

- | | | | |
|---|---|--|---|
|  | Passaggio consegne |  | Dimission |
|  | Posizionam.pz - assistenza di base |  | Accoglienza nuovi pz |
|  | Terapia (preparazione os ed ev ; somministraz.) e rilev. PV VAS |  | Stesura consegne e passaggio |
|  | Controllo attività settimanali secondo check list |  | Informaz. Familiari, pianificaz. Dimissioni, gestione del percorso del paziente |
|  | Distribuz. E supporto alimentazione , riordino cucina |  | " Assistenza di base" |
|  | Briefing multidisciplinare |  | Controllo 5 S, riordino materiale magazzino |
|  | Prepar. Briefing |  | prelievi ematici e campioni biologici |
|  | Attività di sorveglianza | | |

La linea assistenziale durante le ore notturne - dalle h 20 alle ore 7.00, **non è più divisa in SETTORI.** La filosofia scelta per attuare tale pianificazione delle attività è stata quella del “ Lean Thinking”, un approccio manageriale utilizzato anche nel mondo sanitario, che sta mostrando risultati interessanti nel miglioramento delle risposte attraverso la ricerca e l’eliminazione degli sprechi. I principi fondamentali sono: creare valore per l’utente, valorizzare e responsabilizzare il personale, semplificare, modernizzare l’organizzazione, ottimizzare le postazioni di lavoro.

Abbiamo inoltre il “5S”, che riguarda la pulizia e ordine degli ambienti di lavoro, dove sono facilmente distinguibili gli oggetti che servono, senza inutili perdite di tempo. Per finire l’ottimizzazione del Settore, ovvero dell’area dove si concentra la maggior parte del lavoro che potrà essere svolto col minor sforzo, nel minor tempo e con la distanza più breve da percorrere.

4.7 La nuova Organizzazione Dipartimentale

Nel nuovo Ospedale le tipologie di degenza sono suddivise in relazione alle Intensità delle Cure, come sintetizzato nella seguente tabella:

Dipartimento di Emergenza	
Alta Intensità Assistenziale	
Terapia Intensiva	20 pl
Medio Alta Intensità Assistenziale	
Settore A	10 pl
Settore B	10 pl
Settore C	10 pl
Settore D	10 pl
Medio Bassa Intensità Assistenziale	
Settore E	12 pl
Settore F	12 pl
Settore G	13 pl
Settore H	13 pl
Dipartimento di Scienze Chirurgiche	
Medio Alta Intensità Assistenziale	
Settore A	10 pl
Settore B	10 pl
Settore C	10 pl
Medio Bassa Intensità Assistenziale	
Settore D	15 pl
Settore E	15 pl
Settore F	15 pl
Settore G	15 pl
Dipartimento Neuroscienze	
Alta Intensità Assistenziale	
Unità Spinale	10 pl
Stroke Unit	5 pl
Medio Alta Intensità Assistenziale	
Settore A	10 pl
Settore B	10 pl
Bassa Intensità Assistenziale	
Settore C	15 pl

Dipartimento Scienze Mediche- Cardiologiche	
Alta Intensità Assistenziale	
UTIC	10 pl
Media Intensità Assistenziale	
Settore A	10 pl
Settore B	10 pl
Settore C	10 pl
Medio Bassa Intensità Assistenziale	
Settore E	15 pl
Settore F	15 pl
Settore G	15 pl
Bassa Intensità Assistenziale	
Settore H	14 pl

Tabella 6 Organizzazione per Intensità di Cure

4.8 Dipartimento di Emergenza

Il Pronto Soccorso è il cuore pulsante di tutta l'organizzazione ospedaliera, è chiamato a svolgere una funzione di filtro e di indirizzo verso l'area di ricovero più appropriata.

Per svolgere al meglio queste funzioni è necessario che vi siano criteri condivisi tra tutti i professionisti che operano al Pronto Soccorso, le aree di degenza e le aree specialistiche di riferimento.

Al dipartimento di emergenza è prevista una piattaforma di degenza High care, a cui afferiscono i pz dell'area medico-chirurgica d'urgenza con complessità assistenziale medio-alta, di 35 posti letto.

L'area delle terapie intensive, caratterizzata dall'aggregazione della rianimazione e terapia intensiva post chirurgica per un totale di 20 posti letto.

Il centro trauma di alta Specializzazione, che diventerà centro di riferimento per tutta la regione, è dotato di unità spinale bipolare. Ciò richiede il possesso delle competenze specialistiche per un adeguato trattamento del trauma maggiore, che comprende la fase dell'emergenza/urgenza, l'acuzie, la post-acuzie, riabilitazione intensiva ed estensiva. In questo inquadramento organizzativo, il Centro Traumi ha non solo compiti assistenziali, consistenti nella capacità di fornire qualsiasi tipo di prestazione richiesta da un paziente

portatore di trauma grave, e in modo particolare per quanto riguarda le prestazioni più specialistiche sotto il profilo diagnostico e terapeutico, ma anche di coordinamento del percorso del politraumatizzato. A questo scopo è essenziale l'elaborazione di Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali che definiscano a priori per ogni tipologia di trauma l'iter che deve essere seguito.

Al trauma Center è prevista una piattaforma di degenza di 51 posti letto che aggrega quattro alte specialità quali: la traumatologia ortopedica, la chirurgia toracica, la chirurgia vascolare, chirurgia maxillofacciale, con una complessità assistenziale medio-alta, al fine di garantire la risposta più appropriata al pz traumatizzato. La gestione del flusso dei pazienti è gestita attraverso il VisualDEA, che rientra tra gli strumenti e gli approcci del modello Lean Thinking; permette di controllare in tempo reale lo stato di avanzamento del percorso del paziente, tra le diverse aree produttive, inoltre di monitorare costantemente il flusso del paziente nelle diverse fasi del suo percorso di cura individuandone eventuali difformità e/o ritardi rispetto al pianificato⁵⁹.



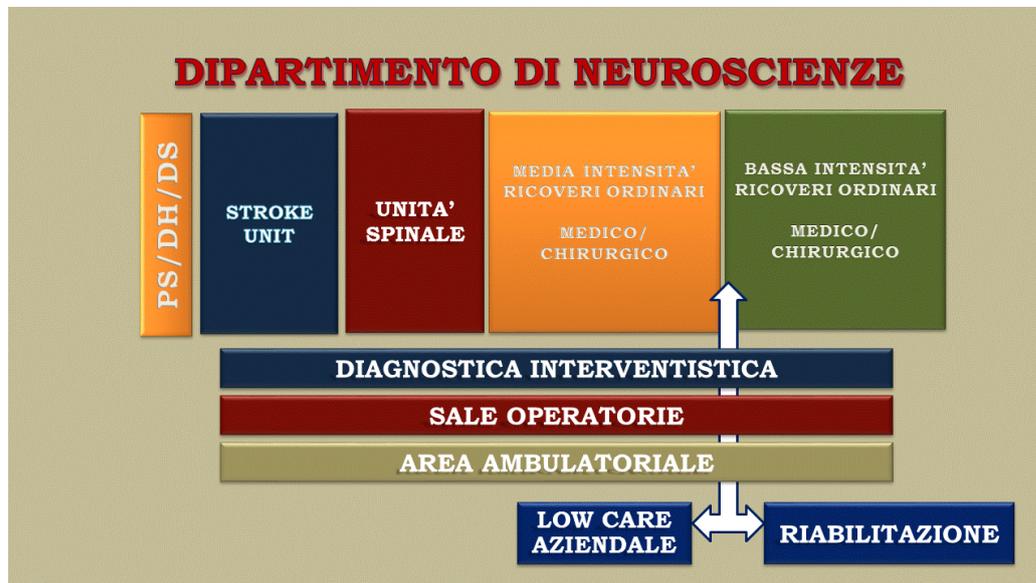
4.9 Dipartimento di Neuroscienze

Il dipartimento di Neuroscienze è un centro Hub di II livello, ad alta specialità neuroriabilitativa per la diagnosi e il trattamento dell'ictus cerebrale, con la presenza di Stroke Unit, con degenza di neurologia, di neuroradiologia e Neurochirurgia, per un approccio

⁵⁹ Giusepi I, Lega F, Villa S. Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto in: l'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2012 pp 439-460.

multidisciplinare tempestivo e una presa in carico del pz in tutte le fasi dalla diagnosi alla riabilitazione.

Prevede una piattaforma di degenza di 52 posti letto, con complessità assistenziale medio-alta e medio bassa.



4.10 Dipartimento di Scienze Chirurgiche

L'area chirurgica è caratterizzata dall'aggregazione di diverse specialità di area chirurgica (chirurgia generale, chirurgia plastica, urologia, oculistica, gastroenterologia, ecc) vi trovano collocazione tutti i pazienti che necessitano di intervento chirurgico. Distinguiamo un livello medio di intensità delle cure riferito a ricoveri con accesso diretto dal Pronto Soccorso o programmati e un livello medio-bassa intensità riferito esclusivamente ai ricoveri programmati. (es. in day surgery).

Il percorso chirurgico rappresenta la pietra miliare della organizzazione per intensità di cure, poiché buona parte della attività chirurgica è elettiva, quindi programmabile in una logica di appropriatezza ed efficacia.

A tal fine è necessario premettere che:

- il posto letto chirurgico deve essere destinato a pazienti che necessitano di intervento chirurgico;
- la rotazione dei posti letto deve essere efficiente, con una degenza limitata alla problematica chirurgica. Ciò richiede standardizzazione dei percorsi con attivazione precoce di dimissione protetta dove si ravvisa la necessità;

- bisogna evitare interferenze tra il percorso urgente e il percorso elettivo, per evitare inefficienze nella gestione del posto letto;
- articolare i letti secondo la durata della degenza attesa come la week surgery, per utilizzare al meglio le risorse;
- concepire il blocco operatorio come una risorsa unica e flessibile, a disposizione di tutte le discipline specialistiche chirurgiche in funzione delle priorità espresse dalla casistica trattata.

Per un'organizzazione ottimale è necessario prevedere due linee chirurgiche: programmata e urgente.

La programmata deve prevedere la creazione dei seguenti setting assistenziali.

Long surgery o Degenza ordinaria: con degenza post-operatoria pari o superiore a 5 giorni.

Week surgery, day surgery e one surgery ,per i ricoveri a ciclo breve.

L'accesso alla linea chirurgica programmata è regolamentata dalla centrale di pre-ospedalizzazione chirurgica.

Presso la centrale di preospedalizzazione lo specialista chirurgo e l'infermiere valutano le richieste di ricovero e in base ai criteri previsti per la procedura chirurgica a cui deve essere sottoposto assegnano il paziente al *setting* appropriato.

L'infermiere del pre-ricovero predispose la documentazione e il relativo percorso per i pazienti candidati all'intervento chirurgico tenendo in considerazione le seguenti informazioni:

diagnosi certa o sospetta, diagnostica necessaria alla valutazione anestesiologicala, classe di priorità dell'intervento e il *setting* di ricovero.

Il medico anestesista valuta il paziente e l'intervento e il *setting* di ricovero.

Una volta terminato il percorso di preospedalizzazione chirurgica, si procederà all'organizzazione dell'intervento sulla scorta della classe di priorità, alla formulazione delle liste operatorie settimanali e giornaliere.

Il percorso urgente, invece, è previsto per tutti i pazienti che accedono al Pronto Soccorso che necessitano di intervento chirurgico.

Il Pronto Soccorso svolge una funzione di filtro finalizzata al ricovero nel *setting* più appropriato su indicazione del consulente specialista che individua l'area disciplinare di riferimento e attiva il percorso perioperatorio per l'urgenza.



4.11 Dipartimento di Scienze Mediche-Cardiologiche

L'area medica –cardiologica è caratterizzata dall'aggregazione di diverse specialità, medicina generale, oncologia, malattie endocrine e del ricambio, cardiologia.

Centro Hub di II livello per l'emergenza cardiologica ed emodinamica interventistica per l'individuazione precoce delle patologie acute cardiovascolari.

La piattaforma di degenza prevede una complessità assistenziale medio-alta per un totale di 28 posti letto nella quale si distinguono un livello medio di intensità delle cure e un livello a bassa intensità dedicata alla cura del post-acuzie o low care e riabilitativa.

Vi trovano collocazione i pazienti con patologie acute internistiche e cardiologiche che possono essere trattati sia in regime ordinario o con trattamento intensivo.

L'organizzazione è modulare composta da un numero definito di pazienti (10-15) posti letto seguiti da un team medico-infermieristico che garantisce la continuità della presa in carico.

Uno strumento necessario per la standardizzazione dei processi operativi è rappresentato dall'implementazione dei PDTA per lo scompenso cardiaco, bronco pneumopatie cronico-ostruttive, paziente diabetico, ecc

Al fine di promuovere la qualità dell'assistenza e l'uso appropriato delle risorse, è necessario delineare un percorso assistenziale per obiettivi con la stesura di un piano di cura medico-infermieristico che verrà rivalutato/implementato nei giorni seguenti negli specifici incontri di briefing, al fine di uniformare i comportamenti e consentire le misurazioni in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza.

Si rende necessario standardizzare i criteri di dimissibilità ed il relativo contesto di dimissione entro 48-72 ore dall'ingresso, al fine di garantire se fosse necessaria la continuità ospedale-territorio.



4.12 Definizione del Fabbisogno delle dotazioni organiche

Come affrontato nei precedenti capitoli, a tutt'oggi non esiste una normativa nazionale che determini le dotazioni organiche, nel tempo si sono susseguite differenti normative che non hanno visto la piena attuazione per differenti motivi, in particolare finanziari e differenti politiche di gestione del personale. La definizione di indicatori e standard rispetta concetti di modularità, flessibilità ed adattabilità rispetto alle diverse e specifiche esigenze dei servizi. Indicatori e standard devono essere costruiti secondo concetti di appropriatezza e di evidenza scientifica, comunque collegati all'attenta valutazione della domanda e dell'offerta di prestazioni. E' emerso che il fabbisogno può essere condizionato, oltre che dalle variabili monte ore/carico di lavoro, anche da altre variabili quali organizzazione del lavoro, la complessità dei bisogni del paziente, il modello organizzativo del lavoro adottato, il tasso di rotazione del personale, la struttura architettonica, la presenza dei servizi tecnici ed amministrativi di supporto e la negoziazione di progetti di sviluppo.

In Campania la normativa di riferimento per la definizione dei requisiti minimi rispetto alle dotazioni organiche si riferisce Regolamento N. 1 del 22 giugno 2007 "Regolamento recante la definizione dei requisiti ulteriori e le procedure per l'accreditamento istituzionale dei

soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica in regime Ambulatoriale in regime di ricovero ed in regime residenziale” e la legge Regionale N. 1 del 30 Gennaio 2008 che modifica in parte il precedente regolamento, Art. 82 Modifica dell'allegato B (Requisiti specifici di dimensionamento- Requisiti specifici di risorse umane) del regolamento n.1/2007 in materia di definizione dei requisiti ulteriori e delle procedure di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati che erogano attività di assistenza specialistica. Ai sensi dell'articolo 15, comma 2, si riportano di seguito i requisiti specifici relativi al fabbisogno di personale per le strutture private. Personale del Profilo Infermieristico: (secondo la declaratoria professionale del rispettivo contratto collettivo di lavoro): 0,45 per posto letto con una maggiorazione del 15 per cento per le sole attività ad elevato carico assistenziale (Rianimazione, Terapia Intensiva e subintensiva, Pronto Soccorso) o che richiedono una presenza H24. Per le discipline di alta specialità si applicano i parametri di personale contenuti nella DGRC n.7029 del 17 novembre 1995 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni. Per le strutture di ricovero ad esclusivo regime diurno (day hospital medico – chirurgico) il coefficiente di 0,40 per posto letto è ridotto di una percentuale pari al 35 per cento. OSS e Altro personale: (secondo le declaratorie professionali del rispettivo contratto collettivo di lavoro). 0,55 per posto letto o con una maggiorazione del 15 per cento esclusivamente per quelle figure professionali addette alle attività ad elevato carico assistenziale (Rianimazione, Terapia Intensiva e subintensiva, Pronto Soccorso) o che operano in unità operative o servizi H24. Per le discipline di alta specialità si applicano i parametri di personale contenuti nella DGRC n.7029 del 17 novembre 1995 ed eventuali successive modifiche ed integrazioni. Per le strutture di ricovero ad esclusivo regime diurno (day hospital medico – chirurgico) il coefficiente di 0,55 per posto letto è ridotto di una percentuale pari al 35 per cento. Si demanda alla contrattazione aziendale, ai sensi delle norme contrattuali sulle relazioni sindacali, la definizione delle singole percentuali di qualifiche per “altro personale” tenendo conto che va garantita anche la presenza del profilo professionale “psicologi”.

Da tale normativa regionale sull'accREDITamento istituzionale emerge che, quest'ultima, non considera la classificazione della complessità assistenziale dei pazienti.

Dal momento che l'organizzazione dell'Ospedale del Mare richiede la determinazione in funzione della sopracitata complessità, per il calcolo della dotazione organica si necessita far riferimento alla normativa in materia emanata dalle regioni che hanno basato su tale requisito la determinazione della dotazione organica ai fini dell'accREDITamento istituzionale.

A seguire saranno illustrati gli indicatori utilizzati per il calcolo del fabbisogno di personale suddiviso per le differenti aree:

	Medici per PL attivati
Bassa Complessità	0,24 (area medica) – 0,28 (area chirurgica)
Media Complessità	0,30 (area medica) – 0,34 (area chirurgica)
Alta Complessità	0,42 (area medica) – 0,46 (area chirurgica)
Assistenza Intensiva	

Esemplificando, per un Settore di Bassa Complessità in area chirurgica con 20 PL, l'operazione da effettuare è la seguente: $20(\text{PL}) \times 0,28 = 5,6$. Quindi per arrotondamento all'unità superiore, il fabbisogno di medici per la struttura considerata è di 6 unità.

Per il calcolo della dotazione organica degli Infermieri e del personale di supporto all'assistenza, ci si riferisce ai seguenti indici standard:

	INFERMIERI	Personale di supporto
Bassa Complessità	0,23	0,18
Media Complessità	0,35	0,21
Alta Complessità	0,53	0,25
Assistenza Intensiva	2	0,35

E' possibile enucleare la seguente formula per il calcolo del fabbisogno di infermieri ed operatori di supporto:

$$\mathbf{P.L. \times T.O.M. \times I.S.O. \times O.T. \times G.A./O.M.L.A.}$$

dove sta per Posti Letto, T.O.M. sta per tasso di occupazione media (individuato convenzionalmente, in prima applicazione nella misura dell'80%, I.S.O. sta per Indice Standard Organizzativo, O.T. sta per ore effettuate per turno, G.A. sta per giorni di assistenza per anno (365) e O.M.L.A. sta per ore medie lavorate per anno (1350 per gli Infermieri e 1380 per il personale di supporto).

Esemplificando per un Settore di Media Complessità con 20 PL previsti, si calcola il relativo fabbisogno di Infermieri procedendo nel seguente modo:

Calcolo fabbisogno infermieristico				
		esempio		
P.L.		20		
T.O.M.	x	0,80	16	Presenza media
I.S.O.	x	0,35	5,6	N. infermieri presenti nelle 24 ore
O.T.	x	8	44,8	Ore totali necessarie nelle 24 ore
G.A.	x	364	16.352	Ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A.	/	1350	12,11	N. infermieri totali necessari
Unità infermieristiche da prevedere		12		FABBISOGNO INFERMIERI
Minuti di assistenza paziente/die		168		Minuti assistenza paziente/die

Analogamente si procede per il calcolo del fabbisogno di O.S.S. (operatori di supporto), esemplificando con riferimento ad un Settore classificabile come di Bassa Intensità

Calcolo fabbisogno O.S.S.				
		esempio		
P.L.		20		
T.O.M.	x	0,80	16	Presenza media
I.S.O.	x	0,18	2,88	N. infermieri presenti nelle 24 ore
O.T.	x	6	17,28	Ore totali necessarie nelle 24 ore
G.A.	x	364	6.307	Ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A.	/	1380	4,57	N. infermieri totali necessari
Unità infermieristiche da prevedere		12		FABBISOGNO O.S.S.
Minuti di assistenza paziente/die		168		Minuti assistenza paziente/die

Per quanto attiene all'attività di Day Hospital e Day Surgery, trattandosi di attività ad elevato contenuto clinico in cui vengono privilegiate le attività diagnostiche e di terapia, il ruolo assistenziale è prevalentemente di collaborazione con l'attività del medico specialista. In tale contesto, considerando l'attività dei DH sulle 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e l'attivazione di 6 ore nella giornata del sabato, con un indice di rotazione del posto letto o poltrona pari a tre, lo standard di infermieri calcolato in rapporto al numero di accessi che si

ritiene di indicare è pari a 0,20. Per il DS è pari allo 0,40. Per gli O.S.S. gli indici consigliati sono 0,10 per il DH e 0,20 per il DS.

Riguardo al fabbisogno per le Sale Operatorie si prevedono degli indicatori che fanno riferimento al numero di infermieri presenti su postazione lavoro attiva, differenziati in relazione alla tipologia degli interventi.

Interventi ad Alta e Media Complessità	
Presenza nelle 24 ore	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard di Infermieri	3
Interventi a Bassa Complessità	
Presenza nelle 24 ore	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard di Infermieri	2

Per postazione di lavoro attiva di Sala Operatoria si intende una funzione specifica che svolge ogni infermiere continuativa nel tempo in base al modello organizzativo ed alla complessità degli interventi.

Nell'ambito del Pronto Soccorso i criteri base saranno i seguenti:

Presenza nelle 24 h	Presenza minima	Presenza consigliata
Standard Infermieri	2 unità per turno nelle 24 ore fino a 30 accessi giornalieri + una ulteriore unità ogni 30 accessi	2 unità per turno nelle 20 ore fino a 20 accessi giornalieri + una ulteriore unità ogni 20 accessi
Standard Personale di supporto	1 unità per turno nelle 24 ore fino a 50 accessi giornalieri	1 unità per turno nelle 24 ore fino a 50 accessi giornalieri+ 1 unità oltre i 50 accessi

4.13 Formazione a supporto dello sviluppo organizzativo e professionale

Il progetto di riorganizzazione per Intensità di Cura porta con sé una nuova cultura: la centralità della persona. Nella varietà di significati che si possono attribuire a questa cultura, rimane comunque in primo piano il valore aggiunto che determina per la persona utente/paziente, ma anche per la persona professionista.

Poiché l'azione di rinnovo si colloca su un piano culturale e non solo di implementazione di modelli, richiede l'attivazione di un processo di sviluppo dell'esistente (termine che può sostituire la parola cambiamento, per le reazioni di resistenza che quest'ultima evoca), di spinta all'innovazione, di potenziamento della motivazione e di definizione delle competenze attese. Ognuno di questi elementi è il risultato di un apprendimento.

La formazione quindi assume diverse valenze, si connota cioè come un processo, ma anche come uno strumento.⁶⁰

Processo attraverso il quale l'individuo e l'organizzazione apprendono e strumento che accompagna e sostiene l'agire, la crescita e lo sviluppo.

Ciò vale ancor di più quando si tratta di sostenere i professionisti nella gestione della complessità e quindi oltre una logica di pianificazione lineare.

La formazione interviene sulle persone in quanto professionisti e il suo "bersaglio" è costituito dalle loro performance/competenze.⁶¹

Da ciò si evince che i piani di formazione che verranno progettati a sostegno della riorganizzazione, richiederanno una mappatura delle competenze attese per ogni setting operativo e ciò coinvolgerà diverse aree professionali che afferiscono alla Direzione delle Professioni Sanitarie. Vista la pluridimensionalità caratterizzante questo processo, si prevede che le competenze attese si collocheranno negli ambiti: manageriale, gestionale e tecnico-professionale. Inoltre si tratta di considerare che gli apprendimenti vedranno il coinvolgimento dei singoli professionisti, ma contemporaneamente dei team e dei gruppi di lavoro intra e interprofessionali per la forte valenza multidisciplinare che l'applicazione del modello per Intensità di cura richiede. La dimensione individuale e collettiva della formazione verranno reciprocamente sollecitate affinché possano potenziarsi a vicenda. E' altrettanto fondamentale l'elemento partecipativo che caratterizza la formazione, in quanto è proprio

60 Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza, in "Supplementi di Monitor", supplemento al n.6 settembre-ottobre 2003

61 Bolognese L. Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità: la prospettiva di un cardiologo. G Ital Cardiol 2011;12(1):10-15

attraverso il coinvolgimento dei soggetti in apprendimento che la formazione raggiunge il valore della condivisione e della collaborazione.

Inoltre la leva motivazionale che sottende a qualunque processo di apprendimento, richiederà una costante attenzione per mantenere il dialogo fra i bisogni di formazione espressi dai professionisti. Un altro elemento da presidiare sarà la progettualità della formazione che richiederà un particolare sforzo, affinché sia condivisa e pianificata attraverso interventi formativi a breve, medio e lungo termine, secondo uno sviluppo *in progress* che rispetti la fisiologia degli apprendimenti e le opportune valutazioni di esito degli interventi formativi messi in campo. Il particolare investimento in formazione che si prevede sarà necessario, sollecita uno specifico sviluppo di modalità e strumenti di valutazione di efficacia degli apprendimenti, attraverso opportuni indicatori e relativo monitoraggio. Si tratta inoltre di considerare che gli apprendimenti attesi, le cui aree tematiche di riferimento verranno sintetizzate di seguito, si collocano a diversi livelli e ciò richiede di pensare ad una formazione che va ben oltre l'evento d'aula classico.

Andrà infatti considerata una formazione a tutto campo, il più possibile in forma blended, che comprende la formazione residenziale, la formazione sul campo ed eventuali stage presso realtà italiane.

Le aree tematiche che richiederanno una progettualità formativa sono riferibili a:

- implementazione di modelli organizzativi per intensità di cura (Intensive Care, High Care, Low care, Week hospital, Discharge Room, Admission Unit);
- implementazione di modelli assistenziali di presa in carico e pianificazione;
- profili di competenza per intensità di cura (profili distintivi)
- profili di competenza avanzata nella gestione di processi e percorsi (case manager – primary nurse)
- implementazione di strumenti per l'individuazione della complessità assistenziale
- implementazione di strumenti di integrazione multi professionale
- benessere organizzativo: supporto ai team di lavoro

Infine è significativo sottolineare lo stretto rapporto fra formazione e ricerca, quindi le progettualità in ambito formativo richiederanno, in alcuni casi, di essere pensate con l'attenzione ad una metodologia della ricerca che possa valutare il pre e l'ex post, affinché il cambiamento e i relativi outcome siano misurabili e valutabili.⁶²

⁶² Briani S., Cortesi E., L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. Igiene e Sanità Pubblica, n. 63, Roma, 2007, pp. 577-586

Conclusioni

Gli ospedali sono coinvolti in un processo di grandi cambiamenti nell'ambiente in cui operano, con spinte esogene ed endogene che producono nuovi fabbisogni organizzativi rispetto al passato, che devono tener presente:

- Il mutamento demografico della popolazione e l'aumento della complessità dei bisogni di salute del paziente.
- L'evoluzione delle tecnologie sanitarie che offrono approcci chirurgici e terapeutici sempre più sofisticati che inevitabilmente influenzano i processi sanitari.
- La convergenza di saperi tra discipline che si sovrappongono nelle possibilità terapeutiche e che richiedono, necessariamente un coordinamento operativo nei processi erogativi, al fine di evitare conflitti professionali.
- I cambiamenti nella demografia professionale, che hanno evidenziato da una parte la femminilizzazione del personale medico e una riduzione complessiva del numero dei medici, dall'altra la crescita di aspettative da parte delle professioni sanitarie per nuovi ruoli e responsabilità organizzative.
- La necessità di coniugare ricerca e assistenza per un approccio *evidence based* sempre più al letto del paziente.

Pertanto, gli ospedali moderni devono necessariamente confrontarsi con tre grandi priorità:

1. Aumentare l'efficienza delle risorse a disposizione
2. Rispondere ai bisogni di un paziente più complicato, più fragile rispetto al passato
3. Integrare meglio saperi e processi clinici.

Il modello tradizionale ospedaliero fondato su reparto-unità operativa, che metteva al centro della propria attenzione il sapere specialistico e che ha visto come naturale evoluzione il dipartimento come livello organizzativo superiore, ma sempre con connotazioni di natura specialistica o disciplinare, si è rivelato inadeguato.

I principali fabbisogni organizzativi dell'ospedale moderno riguardano: *l'asset management*, il *knowledge management*, il *disease management*.

Per asset management s'intende la modulazione ed organizzazione dei *setting* assistenziali e la ricerca della massima appropriatezza nel loro uso.

Per *knowledge management* intendiamo, il presidio organizzativo delle scelte strategiche in merito allo sviluppo dei saperi, delle specializzazioni e delle competenze professionali, che devono garantire da una parte, capacità di risposta alla domanda di salute dei pazienti e dall'altra la capacità attrattiva, la competitività e la tenuta di mercato.

Infine, per *disease management* s'intende l'erogazione di un percorso di cura che sia efficace ed appropriato rispetto ai bisogni del paziente, ottimizzato nei contenuti, standardizzato ove possibile, fondato su algoritmi decisionali *evidence-based*.⁶³⁶⁴

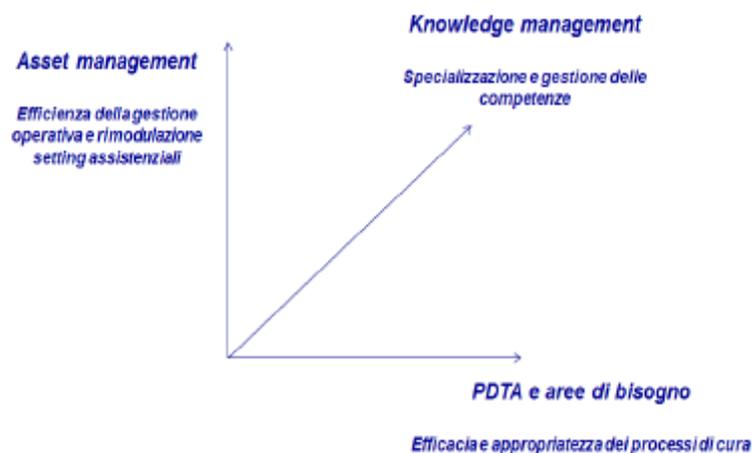


Figura 5. F. Lega (2012). I tre assi fondamentali dell'organizzazione ospedaliera.

Il modello organizzativo dell'Ospedale del Mare può rispondere a questi tre grandi fabbisogni organizzativi dell'ospedale moderno.

Il passaggio a un modello organizzativo/assistenziale per intensità di cura richiede ai professionisti sanitari di lavorare in team multidisciplinari e multi professionali, ciò significa lavorare tutti i giorni insieme ad altri professionisti (medici di diverse specialità, infermieri, fisioterapisti, tecnici, ecc) per ottenere un beneficio condiviso e raggiungere un obiettivo comune.

Secondo Mintzberg⁶⁵ le organizzazioni e in modo particolare quelle sanitarie, sono indicate come burocrazie professionali nelle quali gli operatori sanitari tendono ad identificarsi fortemente nella propria disciplina, nel proprio linguaggio, nei propri valori e nelle sue pratiche, ma nello stesso tempo poter lavorare da soli. Dalla letteratura è emerso che

⁶³ Lega F. Management della Sanità. Milano, EGEA, 2013. p.271ss

⁶⁴ Bensa G, Giusepi I, Villa S. Riprogettare la logistica nelle Aziende Sanitarie: esperienze a confronto. Rapporto OASI 2009 pp 331-368

⁶⁵ Mintzberg H. Strategy formation: school of thought, in J. Frederickson (ed.), Perspectives on strategic management, Ballinger, Boston .1990

malgrado la collaborazione costituisca uno dei nodi della pratica infermieristica, medici ed infermieri non sono allenati a lavorare insieme in quanto la loro formazione non comprende esperienze interdisciplinari di comunicazione ma è anche vero che sono le caratteristiche dell'ambiente sociale e organizzativo a creare presupposti per l'instaurarsi di relazioni collaborative efficaci.

La realizzazione di un ospedale per intensità di cura non è semplice, soprattutto in una Regione come la Campania sottoposta da anni a tagli economici indiscriminati e blocco del turnover del personale.

E' indiscusso che il successo di un cambiamento richiede un'adeguata pianificazione che tenga conto delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie aziendali. Tale pianificazione non può limitarsi ad essere attuata a livello teorico, ma deve essere costantemente messa in discussione in modo da adattarsi alle esigenze del contesto aziendale.

La sua implementazione necessita di un cambiamento culturale e informativo, che deve orientare la cultura aziendale

L'applicazione di questo ambizioso progetto richiede, da una parte la ferma volontà dei decisori politici di attuarlo, dall'altro la capacità dei gruppi professionali di non opporsi al cambiamento, superando le resistenze e le logiche di prevaricazione professionale, al fine di creare il clima giusto che favorisca la reale presa in carico dei bisogni del paziente .

Fondamentale è un'informazione trasparente ed estesa che consenta agli attori del cambiamento di essere partecipi ed acquisire fiducia nei confronti del nuovo modello organizzativo. Modelli comunicativi orizzontali, e non verticali possono essere utili per incrementare il senso di appartenenza degli operatori e di conseguenza permettere un'adeguata integrazione tra i componenti dell'equipe assistenziale.

Ciò non prescinde da un'adeguata formazione, vera leva del cambiamento, in primis rivolta al gruppo dirigente e poi a cascata rivolta a tutti i professionisti che dovranno agire per attuare questa modalità organizzativa.

E' necessario, infine, favorire la nascita di reti integrate per garantire la continuità assistenziale ospedale- territorio al fine di realizzare una organizzazione modulare e flessibile capace di rispondere all'evoluzione della domanda.

I tempi sono più che maturi per dare attuazione a quanto previsto nel documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità Health 21 (1998): La salute per tutti nel 21° secolo, che sottolineava la necessità di *“maggiore integrazione del settore sanitario, con un'attenzione all'assistenza di primo livello. Andrebbe creata la figura dell'**infermiera di famiglia** adeguatamente formata, che offra consigli sugli stili di vita, sostegno alla famiglia e*

servizi di assistenza domiciliare. Servizi più specializzati dovrebbero essere offerti da un medico di famiglia che, insieme all'infermiera, dovrebbe occuparsi del sostegno all'autocura. Politiche e programmi sanitari di comunità dovrebbero coinvolgere istituzioni locali e Organizzazioni Non Governative nel promuovere stili di vita e ambienti più sani nonché un sistema sanitario e sociale efficiente. Tale approccio svilupperebbe la prevenzione delle malattie e delle lesioni e assicurerebbe il trattamento precoce ed efficace di tutti quei pazienti.

Il Piano Sanitario Regionale (PSR) 2011– 2013 della Regione Campania ha dato forte impulso alle cure primarie e all'integrazione dei servizi sanitari sul territorio attraverso la creazione di nuovi modelli organizzativi finalizzati alle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei MMG e PLS per :

- promuovere l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari e l'integrazione tra assistenza primaria e continuità assistenziale;
- promuovere buone pratiche cliniche “evidence based”
- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa dei servizi sanitari
- promuovere modelli di intervento nella prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione ed assistenza che non necessitano di assistenza ospedaliera”

Ciò non può prescindere dall'inserimento degli Infermieri sul territorio che integrano il lavoro dei Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS) al fine di:

- soddisfare i bisogni di assistenza e cura dei pazienti cronici,
- individuare precocemente i problemi di salute delle famiglie
- fornire consigli su stili di vita e comportamenti a rischio
- promuovere le dimissioni precoci dagli ospedali
- identificare gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute.

Per puntare quindi all'appropriatezza, all'efficienza, all'integrazione tra le diverse discipline, ed alla continuità dei percorsi, è naturale concepire l'ospedale come un soggetto unitario, dove le diverse discipline ed i diversi ambienti di cura concorrono allo stesso progetto condiviso per ogni paziente. (F. Lega 2013).

Bibliografia

1. Horgan J, From Complexity to Perplexity. Scientific American, 1995; 272:104-109.
2. Enciclopedia Treccani. <http://www.treccani.it/vocabolario>.
3. Bocchi G, Ceruti M. La sfida della complessità. Milano, Mondadori, 2007: pp. 60-78.
4. Bateson G. Verso un'ecologia della mente. Milano, Adelphi, 1977.
5. Zanarini G. Caos e complessità. Napoli, Cuen, 1996.
6. Morin E. Introduzione al pensiero complesso. Milano, Sperling & Kupfer, 1993.
7. Pitacco G, Silvestro A. Il Modello di Analisi della Complessità Assistenziale. Atti del XII Congresso Aniarti. Bologna, 2003.
8. Plšek P. Complexity and the Adoption of Innovation in Health Care. A conference held in Washington, D.C. January 27-28, 2003.
9. Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F. Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica. Milano, McGraw-Hill, 2003.
10. Gazzola G. Scheda di "Osservazione" in Lombardia, in "Assistenza Anziani". Aprile-maggio 2009.
11. Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano, Masson, 1996.
12. Intensità di cura e complessità assistenziale in: Management per le professioni sanitarie. Rimini, Maggioli editore 2012: cap. 35.
13. Silvestro A, Maricchio R, Maldonaro A et al. La complessità assistenziale. Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. Mc Graw Hill, Torino 2011.
14. Vaccani R, La sanità incompiuta. Roma, NIS, 1991.
15. Baragatti L, Messina G, Ceccarelli F et al. Organizzazione ospedaliera per intensità di cure e di assistenza: proposta di un metodo per la stima del fabbisogno di unità di assistenza nelle aree di degenza e correlazione con la complessità assistenziale. Organizzazione Sanitaria 2009, 1: 5-35.

16. DM 14 settembre 1994, n. 739. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. G. U. 9 gennaio 1995, n. 6.
17. DM 17 gennaio 1997, n. 70. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico. G. U. 27 marzo 1997, n. 72.
18. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie G.U. n. 50 del 2 marzo 1999.
19. Piano Sanitario della Regione Toscana. Paragrafo 5.4.1 - L'ospedale per intensità di cure.
20. Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Gazzetta Ufficiale n. 208 del 6 settembre 2000.
21. Federazione Nazionale Collegi IPASVI. Codice Deontologico dell'Infermiere 2009.
22. Pignatto A, Regazzo C, Tiberi P. Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera. Agorà n. 44, gen-mar 2010.
23. D'Innocenzo M. Il fabbisogno di infermieri nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali. I Quaderni Supplemento de L'Infermiere n. 8-9/03. IPASVI p. 14.
24. Fraulini I, Biavati C, Mosci D. Definizione degli organici infermieristici: evidenze scientifiche. Revisione EBN, 2007. http://www.evidencebasednursing.it/revisioni/2007_definizione_organici.pdf.
25. DPR 27 marzo 1969, n. 128. Ordinamento interno dei servizi ospedalieri. GU n.104 del 23-4-1969.
26. Legge 23 dicembre 1978, n. 833. Istituzione del servizio sanitario nazionale. G.U. n. 360 del 28-12-1978.
27. Delibera CIPE del 20/12/1984. Standard di organizzazione e di attività definitivi ai sensi dell'articolo 51, secondo comma, della L. 23 dicembre 1978.
28. Legge 23 ottobre 1985, n. 595. Norme per la programmazione sanitaria e per il piano sanitario triennale 1986-88. GU n. 260 del 05/11/1985.
29. DM 13 settembre 1988. Determinazione degli standards del personale Ospedaliero. G.U. 24 settembre 1988, n. 225.

30. DLgs 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. GU n.305 del 30-12-1992 - Suppl. Ordinario n. 137.
31. DLgs 3 febbraio 1993, n. 29. Razionalizzazione della organizzazione delle Amministrazioni pubbliche e revisione della disciplina in materia di pubblico impiego, a norma dell'articolo 2 della legge 23 ottobre 1992, n. 421. GU n.30 del 6-2-1993 - Suppl. Ordinario n. 14.
32. Ministero per la Funzione pubblica, Circolare 23 marzo 1994. Carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato. Gazzetta Ufficiale 2 aprile 1994, n. 77.
33. Giovannetti P. Understanding patient classification systems. J. of Nursing Adm. 1979; 9: 4-9.
34. Allegrini E, Maimeri P, Ferrari C et al. Sistemi di classificazione dei pazienti. Assistenza Infermieristica e Ricerca 2006; 25: 56-60.
35. Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. Regione Emilia-Romagna. Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali Servizio Presidi Ospedali. Febbraio 2015.
36. Mongardi M e Bassi E. Strumenti per l'intensità di cura e la complessità assistenziale: una revisione della letteratura. Mecosan, 2015; 95: 9.25.
37. Barbieri G. L'Infermiere Case Manager: professionalità e responsabilità. AICM Journal - Giornale Italiano di Case Management, 2013; 2: 4-5.
38. Louis J e Fournier I, Le bed manager. Réanimation, 2014, Vol.23(5): pp.463-464.
39. Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per intensità di cura: monitoraggio. DGSPSPS, Servizi Presidi Ospedalieri Regione Emilia-Romagna. Febbraio 2016
40. Cullen DJ, Civetta JM, Briggs BA, Ferrara LC. Therapeutic intervention scoring systems A method for quantitative comparison of patient care. Crit Care Med 1974; 2:57-60.
41. Keene AR, Cullen DJ. Therapeutic intervention scoring system: Update 1983. Crit Care Med 1983; 11:1-3.
42. Italian Multicenter Group of ICU research (GIRTI). Time oriented score system (TOSS): a method for direct and quantitative assessment of nursing workload for ICU patients. Intensive Care Med. 1991;17(6):340-5.

43. Miranda DR, de Rijk A, Shaufeli W. Simplified therapeutic intervention scoring system: The TISS-28 items – Results from a multicenter study. *Crit Care Med* 1996;24:64-73.
44. Beck DH, McQuillan P, Smith GB. Waiting for the break of dawn? The effects of discharge time, discharge TISS scores and discharge facility on hospital mortality after intensive care. *Intensive Care Med* 2002; 28: 1287-93.
45. Miranda DR, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med.* 1997 Jul;23(7):760-5.
46. Lucchini A, Chinello V, Lollo V et al. The implementation of NEMS and NAS systems to assess the nursing staffing levels in a polyvalent intensive care unit. *Assistenza Infermieristica e Ricerca* 2008; 27 (1): 18-26.
47. Bartolomei C, Cei M. L’allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). *Italian Journal of Medicine* 2007; 2(1):31-39.
48. Freya B, Hossleb JP, Sigristb MS, Cannizzaro V. Measurement of resident workload in paediatric intensive care. *Swiss Med Wkly.* 2013;143:w13844.
49. Debergh DP, Myny D, Van Herzeele I et al Measuring the nursing workload per shift in the ICU. *European Journal of Intensive Care Medicine.* August 2012.
50. Mattiussi E. studio osservazionale prospettico per la valutazione dei carichi assistenziali in terapia intensiva, attraverso l’utilizzo del “Nursing Activity Score”: dati preliminari. Relazione di fine Master in Evidence Based Practice e Metodologia della Ricerca Clinico Assistenziale. Bologna – 19 Ottobre 2011.
51. InoueI KI, MatsudaII LM. Sizing the nursing staff in an Intensive Care Unit for adults. *Acta Paulista de Enfermagem* 2010; 23(3):379-84.117.
52. Lucchini A, De Felippis C, Elli S et al. Nursing Activities Score (NAS): 5 Years of experience in the intensive care units of an Italian University hospital. *Intensive and Critical Care Nursing* 2014; 30: 152—158.
53. Renz SM, Boltz MP, Wagner L et al. Examining the feasibility and utility of an SBAR protocol in long-term care. *Geriatric Nursing*, 2013, Vol.34(4): pp.295-301.
54. Bagnasco A, Poletto C , Proverbio R et al. Doctor-nurse effective communication: situation background assessmente raccomandation (SBAR)

- survey between students of an italian paediatric nursing degree program. *Acta Paediatrica*, 2011 Dec, Vol.100 Suppl 463, pp.111-112.
55. Scovell, S. Role of the nurse-to-nurse handover in patient care. *Nursing Standard*, 2010, 24:35.
 56. Aggar, C, Gordon C, Bloomfield J. Primary healthcare nursing workforce development.(FOCUS: Primary/Community Care) *Australian Nursing & Midwifery Journal*, Dec, 2015, Vol.23(6), p.43(1).
 57. Knight E, Shea,K. A Patient - Focused Framework Integrating Self - Management and Informatics *Journal of Nursing Scholarship*, 2014, Vol.46(2), pp.91-97.
 58. Loonstra, KS, Jongkind H, Van Dam FS. Evaluating the process of nursing care: The development and implementation of a modular system. *European Journal of Cancer*, Sept, 1997, Vol.33, p.S320-S321.
 59. .Giusepi I, Lega F, Villa S. Gli assetti organizzativi a supporto della gestione operativa: esperienze a confronto in: l'aziendalizzazione della Sanità in Italia. Rapporto OASI 2012 pp 439-460.
 60. Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza, in "Supplementi di Monitor", supplemento al n.6 settembre-ottobre 2003.
 61. Bolognese L. Sviluppare e verificare nuovi modelli assistenziali in sanità: la prospettiva di un cardiologo. *G Ital Cardiol* 2011;12(1):10-15.
 62. Biani S, Cortesi E, L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. *Igiene e Sanità Pubblica*, n. 63, Roma, 2007, pp. 577-586.
 63. Lega F. *Management della Sanità*. Milano, EGEA, 2013. p.271ss.
 64. Bensa G, Giusepi I, Villa S. Riprogettare la logistica nelle Aziende Sanitarie: esperienze a confronto. Rapporto OASI 2009 pp 331-368.
 65. Mintzberg H. Strategy formation: school of thought, in J. Frederickson (ed.), *Perspectives on strategic management*, Ballinger, Boston .1990