

## Assistenza ospedaliera per intensità di cura: un progetto della Regione sperimentato in 9 Aziende sanitarie

È sostanzialmente una riorganizzazione dell'assistenza che, nel 2012, viene sperimentata in diversi ospedali dell'Emilia-Romagna. Stiamo parlando dell'ospedale per intensità di cura, una riorganizzazione di cui da tempo si discute in Italia e nel mondo sanitario per coniugare meglio sicurezza, efficienza, efficacia ed economicità dell'assistenza.

Ma che cosa si intende per ospedale per intensità di cura? È un ospedale centrato sul paziente; l'intensità di cura è un concetto che coinvolge, a seconda delle diverse declinazioni, la (maggiore o minore) stabilità clinica del paziente e il livello di complessità assistenziale. L'obiettivo è, in primis, rivolto ai benefici che il paziente e i suoi familiari trarranno dal nuovo impianto in termini di appropriatezza della presa in carico, di sicurezza delle prestazioni, di vissuto della malattia, attraverso la ricomposizione attorno ai bisogni dell'individuo assistito dei contributi delle varie parti del sistema.

### Una premessa fra storia e tecnologia

Il processo assistenziale sanitario, e al suo interno quello specifico ospedaliero, ha avuto per lungo tempo scarso sviluppo organizzativo. Le modalità produttive erano affidate alle competenze del medico, il quale aveva a disposizione pochi strumenti tecnologici e invece uno sviluppato patrimonio di conoscenze e di metodo per l'applicazione di quelle conoscenze nella cura del paziente.

Con il passare degli anni e alla luce delle dinamiche e delle trasformazioni avvenute sul piano istituzionale, epidemiologico, tecnologico, organizzativo, professionale, finanziario, e la conseguente evoluzione della medicina e dei modelli di "consumo" dei pazienti, l'assistenza sanitaria si è trasformata in una "attività industriale" in cui le esigenze di ottimizzazione dei processi e di valutazione dei risultati hanno conosciuto uno sviluppo molto accelerato.

L'aumento della tecnologia ha anche accresciuto la complessità del modello assistenziale, con una particolarità decisiva rispetto ad altri campi dell'attività economica: in ambito manifatturiero, ad esempio, la sofisticazione tecnologica spesso comportava riduzione dei costi e miglioramento del prodotto, mentre in sanità ha fatto sì che fosse necessario formare nuove competenze (radiologi, medici per le risonanze e la medicina nucleare, solo per fare alcuni esempi) con un forte aumento delle risorse necessarie per fare fronte alle esigenze dell'assistenza ai malati, non solo per gestire l'episodio acuto (diagnosi e trattamento iniziale), ma anche, e in certi casi soprattutto, per gestire la lunga fase di cronicità seguente a interventi che allungano la vita dei pazienti senza eradicare la malattia.

La diffusione di tecnologie avanzate ha anche mostrato come la gestione di un modello assistenziale diventato più complesso non poteva essere insieme progettato e gestito dal medico curante con la collaborazione di altri professionisti in posizione ancillare o consulenziale. Proprio su questo terreno arrivarono le prime critiche per la scarsa pianificazione e controllo di tutta l'organizzazione. Nel mondo sanitario anglosassone nacquero così i primi strumenti aziendali: il "managed care" negli Stati Uniti, oppure i primi esempi di governo clinico nel sistema inglese.

### Il "modello" assistenziale

Le nuove forme di pianificazione e controllo dell'assistenza sanitaria dunque partono dalle moltiplicazioni delle competenze e specializzazioni interne alle professioni sanitarie, e dalla necessità di essere sicuri che lo specifico percorso sanitario scelto per un gruppo di pazienti sia quello che massimizza i vantaggi sanitari a parità di risorse impiegate per realizzarlo.

Il primo aspetto, la specializzazione delle professioni sanitarie, richiede che vengano previste



delle funzioni di coordinamento che riconducano a unità il complesso dell'assistenza prestata. E dunque si parla di integrazione e di multidisciplinarietà tra i diversi apporti per far sì che i provvedimenti terapeutici che, poniamo, consigliano il neurologo e il riabilitatore nel paziente colpito da ictus, si potenzino e non si ostacolino. Si parla inoltre di pianificazione dell'assistenza perché non tutte le scelte diagnostico-terapeutiche e la loro successione appaiono essere equivalenti dal punto di vista del risultato. Abbiamo infatti appreso che ciò che è ragionevole che accada sulla base delle nostre conoscenze, non sempre si verifica. Di qui lo sviluppo della medicina delle evidenze, e la necessità di standardizzazione dei percorsi secondo i migliori risultati dimostrati in letteratura.

L'ospedale per intensità di cura favorisce una gestione di queste esigenze poiché non raggruppa spazialmente i pazienti sulla base delle discipline mediche, ma li raggruppa sulla base del bisogno assistenziale, indipendentemente dalla patologia. E poiché un paziente, come spesso accade, può avere più patologie rilevanti, o, come nell'esempio dell'ictus, può avere necessità per la stessa patologia delle competenze terapeutiche di più discipline mediche, l'ospedale organizzato per intensità di cura pone anche le basi per la molto invocata multidisciplinarietà.

L'ospedale per intensità di cura pone anche le basi per un'assistenza adeguatamente standardizzata perché è strutturalmente pensato per far

sì che l'équipe infermieristica che ha in cura il paziente si rapporti con le équipe mediche coinvolte nel processo assistenziale, evitando modalità locali di rapporto tra le professioni. Corollario di questi diversi arrangiamenti è il fatto che a muoversi siano medici e tecnologie piuttosto che i pazienti, che vi siano aree omogenee che ospitano pazienti con bisogni clinici e assistenziali simili.

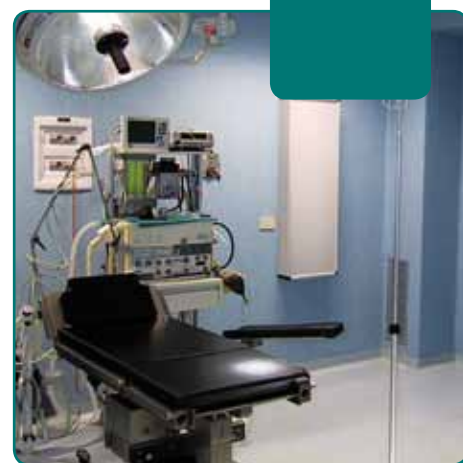
L'assistenza per intensità di cura prevede tre livelli: alta intensità (le degenze intensive e sub-intensive, ad esempio rianimazione, unità di terapia intensiva cardiologica - UTIC -, Stroke unit per ictus, ...); media intensità (le degenze per aree funzionali: Area medica, chirurgica, materno-infantile, ...); bassa intensità (per pazienti post-acute). Ad esempio, nell'alta intensità è possibile ospitare il paziente post chirurgico ad alta instabilità, che non sarebbe possibile assistere con l'adeguata professionalità e concentrazione di risorse, se fosse ricoverato nello specifico reparto (ad esempio, la chirurgia vascolare o la chirurgia generale, o la chirurgia maggiore dell'intestino).

### **Le opportunità per il medico - Le opportunità per l'infermiere**

Con l'ospedale organizzato per intensità di cura il medico può meglio concentrarsi sulle proprie competenze distintive e ha la possibilità di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre.

Un'idea di fondo è anche quella di utilizzare e valorizzare le competenze professionali degli infermieri che in altri Paesi si sono sviluppate ben prima che in Italia, dove gli infermieri hanno a lungo interpretato un ruolo ancillare. È del 1994 la legge che dice: "l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

Il progressivo consolidamento della professione infermieristica, anche attraverso il fondamentale passaggio rappresentato dai titoli universitari, sta modificando profondamente il quadro, e il tema di come costruire e fare funzionare un'organizzazione effettivamente multi-professionale è all'ordine del giorno. Si tratta di utilizzare i moderni statuti delle professioni per far sì che i contenuti del lavoro siano sempre più coerenti con i ruoli effettivamente interpretati e che queste interpretazioni migliorino l'assistenza complessiva al paziente.



L'ospedale per intensità di cura è un buon campo di sperimentazione di questa evoluzione: la gestione del paziente è affidata agli infermieri, naturalmente infermieri esperti, con il medico che gestisce tutto il percorso di diagnosi e di terapia.

### **Il bisogno assistenziale del paziente al centro**

Nell'ospedale organizzato per disciplina il motore dell'individuazione delle unità organizzative è la disciplina medica indipendentemente dalla severità e dal bisogno assistenziale del paziente; nell'ospedale organizzato per intensità di cura al centro è il bisogno assistenziale del paziente. Ciò significa che pazienti con bisogni assistenziali sovrapponibili sono allocati in aree omogenee. Un cardiopatico o un pneumopatico - per fare un esempio - hanno entrambi bisogno di respirare in modo assistito e la tipologia dell'assistenza infermieristica non è diversa, pur essendo diverso il tipo di patologia all'origine.

Insomma, l'idea di fondo è che la gestione del malato sia affidata agli infermieri, con il medico che gestisce tutto il percorso diagnostico e terapeutico utilizzando quella che può essere chiamata la piattaforma logistica di ricovero: una struttura che nelle sue modalità di funzionamento riesce a servire processi assistenziali di diversa natura.

Per fare un altro esempio: un blocco operatorio di 4-5 sale che ospita una chirurgia vascolare, una ortopedica, una addominale, e una toracica, con un coordinatore infermieristico e una certa quantità di infermieri che hanno tutti una capacità di base su tutte le linee, permette ai medici di lavorare in condizioni di maggiore garanzia di continuità rispetto ai blocchi costituiti ciascuno da una sola specialità chirurgica.

Il medico è il responsabile dell'iter diagnostico-terapeutico (cardiologo per il cardiopatico, pneumologo per lo pneumopatico) e si tratta del medico maggiormente correlato alla patologia chiave del paziente. Ma all'interno di questo processo gli infermieri hanno i loro obiettivi specifici. Può essere quello ad esempio di "mettere in piedi" il paziente operato per frattura di femore (possibili interazioni con il fisioterapista), oppure di gestire un piano di ossigenazione, deciso dal medico, per il paziente pneumopatico.

### **I vantaggi dell'ospedale per intensità di cura**

I vantaggi dei diversi modelli o approcci riconducibili all'ospedale per intensità di cura sono innanzitutto di carattere qualitativo perchè implicano lo sviluppo di competenze infermieristiche che sono più a diretto contatto con il paziente e una qualificazione dell'attività infermieristica che migliora globalmente la qualità dell'assistenza. Inoltre, la diffusione di rapporti formalizzati fra le équipes infermieristiche e le équipes mediche, rende più difficile l'affermarsi di stili di lavoro particolaristici o disegnati sulle specifiche preferenze di responsabili gestionali non chiamati a relazionarsi con una molteplicità di interlocutori.

Si lavora, in altre parole, sulla base di una assistenza che programma le cose da fare per la casistica più frequente e lascia all'interazione tra le équipes le eccezioni o i casi rari, all'insegna del principio in base al quale è più facile controllare i risultati di un lavoro programmato rispetto a un lavoro che di volta in volta opera delle scelte il cui criterio decisionale non è esplicitato. Ma ci sono anche ragioni di ottimizzazione di uso delle risorse, in quanto si evita di sprecare denaro e personale (che può essere impiegato altrove) in reparti a degenza per disciplina, con strutture spesso ridondanti rispetto al bisogno ordinario.

### **I progetti di sperimentazione previsti**

I progetti di sperimentazione di assistenza ospedaliera per intensità di cura riguardano 9 Aziende sanitarie.

Il primo riguarda l'Azienda Usl di Bologna, e gli ospedali "di prossimità", cioè Porretta, San Giovanni in Persiceto, Budrio, Vergato, Bazzano, Loiano e Bentivoglio.

Al S.Orsola-Malpighi (Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna) un primo progetto riguarda la riorganizzazione del polo cardochirurgico e dei trapianti nell'ambito di tre specialità:

cardiochirurgia adulti, cardiochirurgia pediatrica, chirurgia oncologica, epatobiliare e dei trapianti. Un secondo progetto punta invece alla riorganizzazione delle attività chirurgiche in un'ottica di integrazione fra le professionalità e di superamento della struttura a padiglioni. Il terzo progetto riguarda l'area internistico-geriatrica.

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena la sperimentazione prevede la realizzazione di un Dipartimento a intensità di cura in ambito chirurgico (Dipartimento testa-collo) e internistico (Dipartimento medicine e specialità mediche).

Nell'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma il progetto riguarda la riorganizzazione delle attività specialistiche di ortopedia (Unità operativa di ortopedia, la Clinica ortopedica e la Struttura semplice per le patologie dell'apparato locomotore).

All'Ausl di Imola l'intensità di cura si sviluppa nell'ambito dell'Area critica del Dipartimento di emergenza.

Nell'Azienda UsI di Reggio Emilia la sperimentazione coinvolge gli ospedali della provincia. L'ultimo progetto mette insieme l'Ausl di Forlì (capofila), l'Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia (Arcispedale S. Maria Nuova) e l'Ausl di Piacenza per valutare l'impatto del modello ad intensità di cura (a Forlì la riorganizzazione è partita nel 2004) e proporre metodologie di confronto fra le diverse tipologie di organizzazione. Al S. Maria Nuova la sperimentazione riguarda la piattaforma di emergenza urgenza (medicina di urgenza, osservazione intensiva breve, unità di ammissione e area post-dimissione) mentre all'Ausl di Piacenza riguarda le aree chirurgiche degli ospedali di Piacenza e della Val D'Arda.

## SCHEDA

**Obiettivo:** ridisegnare il modello assistenziale per raggruppare i pazienti non per disciplina medica ma per l'intensità del bisogno assistenziale.

**Il "modello" organizzativo:** la gestione assistenziale del malato è affidata agli infermieri. Il medico è responsabile clinico e gestisce il percorso diagnostico-terapeutico.

**Le opportunità per il medico:** concentrazione sulle proprie competenze e possibilità di esercitarle in diverse piattaforme logistiche, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre.

**Le opportunità per gli infermieri:** valorizzazione delle competenze professionali e qualificazione del ruolo nel processo assistenziale.

**I vantaggi:** la qualificazione dell'attività infermieristica migliora globalmente la qualità dell'assistenza programmata sulla base della casistica più frequente e lascia alla interazione tra le équipe le eccezioni o i casi rari. Rapporti formalizzati fra le équipe infermieristiche e le équipe mediche rendono più difficile l'affermarsi di stili di lavoro particolaristici.

**I progetti sperimentali:** coinvolgono 9 Aziende sanitarie: Azienda UsI di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena, Azienda UsI di Imola, Azienda UsI di Forlì, Azienda UsI di Reggio Emilia, Azienda Ospedaliera di Reggio Emilia e Azienda UsI di Piacenza.