

**Complessità assistenziale ed intensità di cura:
opportunità o minacce per l'organizzazione
dell'attività assistenziale?**

Davide Croce

Agenda

1. Intensità di cura e complessità assistenziale: un inquadramento teorico
2. Analisi della letteratura: esperienze nazionali e internazionali
3. Definizione dei livelli di intensità
4. Strutturazione fisica del modello
5. La gestione organizzativa della complessità assistenziale: modularità e piccole *équipe*
6. L'analisi dei flussi organizzativi
7. Dalla teoria alla pratica: linee guida per l'implementazione
8. Conclusioni e *take home message*

DANNO RELATIVO	Rischio (il evento)	
	Alto (2)	Basso (1)
Medio (2)	Rischio accettabile	
Basso (1)	Rischio accettabile	

1. Intensità di cura e complessità assistenziale: un inquadramento teorico

Una premessa iniziale: nuovi bisogni e nuove organizzazioni

3 Variabili esercitano una pressione sempre maggiore sui servizi sanitari di tutto il mondo (Stevens *et al.*, 1999; Joppi *et al.*, 2009):

- i. **Cambiamento demografico** →
invecchiamento della popolazione e
aumento dei pazienti cronici e comorbosi
- ii. **Aumento delle aspettative di salute** da parte
dei cittadini → evoluzione dei bisogni
- iii. **Sviluppo di nuove tecnologie sanitarie** che
giungono sempre più rapidamente sul
mercato

Variabili difficili da
presidiare

Variabile più facile
da gestire e
controllare

La Spesa Sanitaria

Paese	Spesa sanitaria totale come % del PIL		Pubblica		Privata				Spesa procapite come PPP (in \$)	
			Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria out-of-pocket come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale			
	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Australia	8	8,7	66,8	68	26,0	23,9	7,2	8,1	2.253	3.441
Canada	8,8	11,3	70,4	70,5	18,1	16,7	11,5	12,8	2.519	4.404
Cina	4,6	5,1	38,3	53,6	61,1	43,2	0,6	3,2	107	379
Francia	10,1	11,9	79,4	77,8	7,9	8,9	12,7	13,3	2.546	4.021
Germania	10,4	11,6	79,5	77,1	12,2	13,7	8,3	9,2	2.679	4.332
			2.130	3.340	327	593	222	399		
Italia	8,1	9,5	72,5	77,6	24,5	21,4	0,9	1	2.064	3.022
			1.496	2.345	506	647	19	30		
Japan	7,7	9,5	80,8	82,5	16,8	15,3	2,4	2,2	1.974	3.204
Russia	5,4	5,1	59,9	62,1	36,9	34,2	3,2	3,7	369	998
Sud Africa	8,5	8,9	40,5	44,1	17,9	18,9	41,6	37	564	935
Svizzera	10,2	11,5	55,4	59	34	31,9	10,6	9,1	3.210	5.394
UK	7	9,6	79,2	83,9	19,2	15	1,6	1,1	1.828	3.480
USA	13,4	17,9	43,2	53,1	22,5	15,1	34,3	31,8	4.703	8.362
			2.032	4.440	1.058	1.263	1.613	2.659		

Fonte: WHO, National Health Accounts updates in May, 2012

Spesa sanitaria totale (USD, PPP)

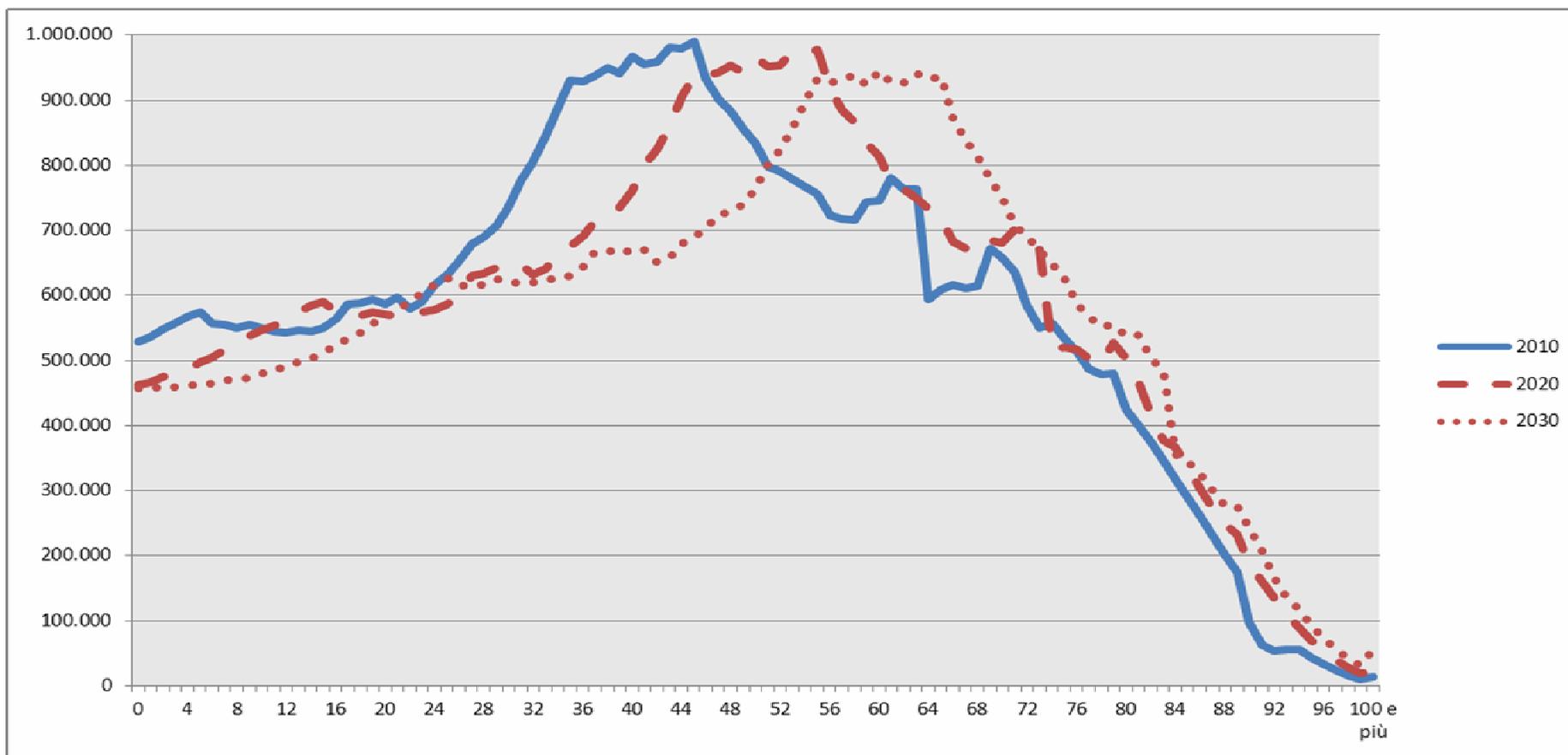
Paese	Pubblica		Privata			
	Spesa sanitaria pubblica come % spesa totale		Spesa sanitaria <i>out-of-pocket</i> come % spesa totale		Spesa sanitaria assicurata come % spesa totale	
	2000	2010	2000	2010	2000	2010
Australia	1.505	2.340	586	822	162	279
Canada	1.773	3.105	456	736	289	563
Francia	2.022	3.128	201	358	323	535
Germania	2.130	3.340	327	593	222	399
Italia	1.496	2.345	506	647*	19	30
Svizzera	1.778	3.182	1.091	1.721	340	491
UK	1.448	2.920	351	522	29	38
USA	2.032	4.440	1.058	1.263	1.613	2.659

* = 30 miliardi di €

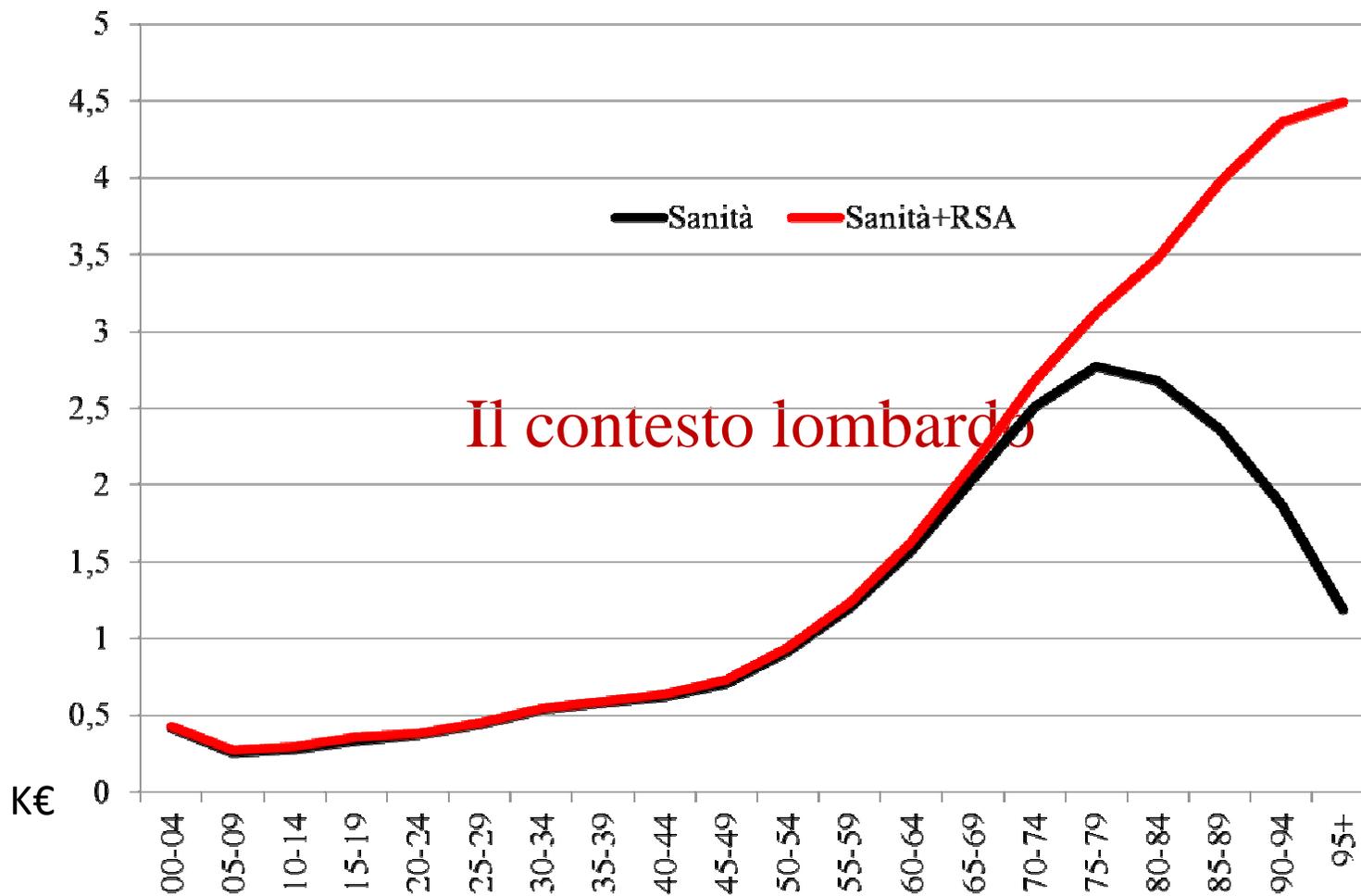
Fonte: WHO, National Health Accounts, 2012

Distribuzione della popolazione per fasce di età in riferimento alla popolazione 2010 e alla proiezione della popolazione italiana al 2020 e al 2030

BABY BOOM del dopoguerra



Fonte: DG Sanità, RL, Carlo Zocchetti



Il contesto lombardo

PIL/debito pubblico italiano



Anno	Debito pubblico (miliardi di €)	Rapporto debito/PIL	Pressione fiscale
2007	1602,11	103,62%	42,7
2008	1666,6	106,30%	42,6
2009	1763,87	116,07%	43
2010	1843,01	118,99%	42,6
2011	1897,94	120,10%	42,5
feb-12	1936		

Fonte: Ministero dell'economia e delle finanze

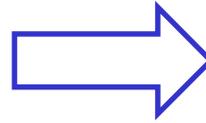
**Spesa pubblica / PIL = 48,7%
(compresi gli interessi sul debito)**

«.....E adesso ci ritroviamo a metà anno con un fabbisogno che va da 17 a 20 miliardi». Giulio Tremonti, 29 Aprile 2012
Governo, 19 Aprile: pressione fiscale = 45,1 % del PIL

	1. Congiuntura economica	2. Aspettative dell'utenza	3. Modifica della popolazione servita	4. WWW
1. Sviluppo della conoscenza in medicina attraverso l'iperspecializzazione	Ricerca di efficienza	Ricerca di servizi specializzati e di informazioni	Crisi del modello sui comorbosi, ricerca di modelli organizzativi <i>patient based</i>	Crescita dell'offerta, uso sempre più elevato del web in cerca di informazioni
2. Incremento della conoscenza attraverso le tecnologie (e dei presidi in particolare), Revisione dei processi.	Introduzione di nuove tecnologie dopo analisi di investimento disinvestimento (pari spesa)	Ricerca di servizi specializzati	Offerta customizzata	Uso sempre più elevato del <i>web</i> in cerca di informazioni
3. Basso morale / <i>clinical governance</i>	Recupero della dimensione professionale	Bassa <i>customer satisfaction</i> , crescita del contenzioso	Crescita del problema organizzativo ospedaliero per mancata adesione dei clinici e delle professioni sanitarie	Crescita delle difficoltà di relazione con l'utenza che arriva con richieste specifiche individuate sul WWW
4. Cambio generazionale	Mancata sostituzione, snellimento degli organici	Basso livello di <i>redention</i> di struttura	Opportunità di introduzione di modelli di flessibilità organizzativa e professionale	Miglioramento della comunicazione per vicinanza generazionale
5. Reti con <i>hub</i> e <i>spoke</i>	<i>Focus</i> sulla creazione delle reti sinergiche	I pazienti si rivolgono verso <i>l'hub</i>	Opportunità di miglioramento del servizio	coerente
6. Rapporti tra le professioni	<i>Empowerment</i> delle professioni sanitarie	Difficoltà di relazione paziente struttura	Miglioramento delle relazioni	Opportunità di ampliamento della gamma delle prestazioni
7. <i>Pay for performance</i>	Richiesta di efficienza	I pazienti si rivolgono verso le strutture meglio valutate	Coerente	Ulteriore crescita delle strutture meglio valutate

Una nuova visione dell'ospedale

**Ospedale progettato e
organizzato intorno al
sapere**



**Ospedale incentrato
sul paziente**



Organizzazione basata sulla
crescita per unità specialistiche
e frammentazione dei saperi



Organizzazione in cui le
specializzazioni devono rispecchiare
i bisogni di funzionamento
dell'ospedale che sono determinati
a loro volta dalla sua popolazione

Nuovi modelli organizzativi

- All'interno del contesto nazionale il tema della definizione di nuovi modelli organizzativi per le aziende sanitarie trova interessanti spunti anche a livello normativo, dove gli interventi legislativi regionali degli ultimi anni hanno contribuito ad alimentare ulteriormente il già acceso dibattito scientifico e politico
- Legge Regionale 40/2005 di Regione Toscana, che con l'obiettivo di incentivare l'efficienza delle attività ospedaliere, ha identificato tre trend da seguire:
 - definizione di aree differenziate, in base alle modalità assistenziali
 - strutturazione per intensità di cure
 - superamento graduale dell'articolazione per Unità Operative



NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Nuovi modelli organizzativi

- Separazione completa o parziale dei flussi di emergenza da quelli di elezione (esempio IRCCS Humanitas, Rozzano, Milano)
- Innovazioni in area chirurgica utilizzando la degenza media come indicatore di complessità, al fine di riservare una parte degli interventi e dei letti di degenza ai casi che è possibile risolvere entro quattro giorni dall'intervento (*Week Surgery, Week Hospital*) e permettendone la chiusura nel fine settimana (esempio CTO-Maria Adelaide, Torino)
- Modello *hospitalist*, secondo cui un medico case manager prende in carico il paziente all'ingresso in ospedale e lo "consegna" al MMG in fase di dimissione protetta
- Modello di assistenza modulare, nato da una combinazione del team nursing con *primary nursing*, in cui la figura chiave è l'infermiere che pianifica, attua e supervisiona l'assistenza dei pazienti assegnati, collaborando con le altre figure professionali
- Modelli per intensità di cura finalizzati a rispondere all'esigenza di incremento sia della complessità di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia assistenziale dovuta alla significativa presenza di pazienti anziani comorbosi.

Intensità di cura e complessità assistenziale: perché? -1

1. Cambiamento/evoluzione del bisogno di cure

- Paziente fragile (multicronicità, *frequent user*, a forte necessità di integrazione Ospedale-Territorio, di seguito H-T)
- Paziente complesso in fase acuta, ma non da terapia intensiva
- Paziente post-chirurgico con necessità di *tutor* medico
- Pazienti anziani con probabile dipendenza (non autosufficienza), quadro clinico compromesso, bassa autoconsapevolezza, difficile contesto sociale

2. Possibilità tecniche

- Tecniche chirurgiche e gestione post-operatoria con velocizzazione dei recuperi (*day-surgery freestanding, week surgery*)
- Chirurgia mininvasiva/robotizzata

Intensità di cura e complessità assistenziale: perché? -2

3. Crescenti sovrapposizioni/incroci di "territorio" tra discipline

- Medicina-chirurgia diagnostica interventistica
- Ambulatori multidisciplinari
- *Day-service* o *week-hospital* medico integrato
- Pazienti anziani con probabile dipendenza (non autosufficienza), quadro clinico compromesso, bassa autoconsapevolezza, difficile contesto sociale

4. Efficienza produttiva

- Urgenza vs elezione
- Allocazione dedicata, ma flessibile delle piattaforme produttive (posto letto, sala operatoria, letto di Terapia Intensiva, ambulatorio, ecc., posti letto *pool*/polmone, *slot* di sala operatoria *open/jolly*, etc...) salvo necessità specifiche di natura tecnologica
- Sviluppo di una funzione di *operation management*

Intensità di cura vs complessità assistenziale

Livello di cura che consegue ad una valutazione di **instabilità clinica** (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di **complessità assistenziale** (medica e infermieristica)



Instabilità clinica

Assegnazione al paziente del posto letto collocato nel settore più appropriato rispetto ai suoi bisogni assistenziali, non solo legati alla tipologia di ricovero , ma anche alla condizione clinica e di dipendenza



Complessità assistenziale

Un insieme di prestazioni infermieristiche che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espresse in termini di intensità d'impegno e quantità di lavoro dell'infermiere

Complessità assistenziale

Concetto legato alla domanda di prestazioni di natura curativa e assistenziale

Definizione

Insieme dei problemi di salute di una persona, più o meno complessi e articolati, che necessitano di attività di cura e di assistenza

Intensità di cura

Concetto legato all'offerta di prestazioni di natura curativa e assistenziale

Definizione

Volume di attività curativa e/o assistenziale offerta nell'unità di tempo

Obiettivi

- Trovare soluzioni organizzative capaci di rispondere a un'intensità diversificata per gestire pazienti complessi sia nel profilo clinico sia nel profilo assistenziale
- *Focus* sul paziente e non solo sulla malattia
- Recupero e qualificazione di risorse per l'assistenza intensiva a pazienti affetti da patologie maggiormente impegnative e con forte necessità di continuità assistenziale H-T
- Maggiore efficienza operativa e gestionale

Opportunità

- Fornisce una risposta concreta all'esigenza di incremento sia della complessità clinica di pazienti con elevati gradi di instabilità, sia assistenziale dovuta alla significativa presenza di pazienti anziani comorbosi
- La logica è semplice: non si cerca più di collocare il paziente per patologia principale, avvalendosi della collaborazione di altri professionisti di patologie concomitanti. Il modello per intensità di cura vuole invece ammettere il paziente nel punto in cui l'intensità di cura dello stesso è più rappresentata
- Favorisce una maggiore responsabilizzazione sia del personale infermieristico sia del personale medico attraverso l'individuazione di punti di riferimento sicuri

Criticità

- Attenzione alla fase di pianificazione del progetto: il successo di un cambiamento richiede un adeguato assetto delle risorse aziendali, in termini di tecnologia, finanza, capacità e conoscenze incorporate nelle strutture e nel personale
- Necessità di un *leader* forte e riconosciuto dal *team* chiamato a pianificare e implementare nel concreto il cambiamento, in modo tale da creare una guida centrale, unitamente a diffuse responsabilità periferiche
- Necessità di un'informazione trasparente ed estesa, che consenta l'accettazione del cambiamento da parte di tutta l'organizzazione
- Ogni realtà è contraddistinta da peculiarità proprie. Pertanto se la coerenza del modello non viene messa in discussione, perché esso possa effettivamente migliorare la qualità e l'efficienza di un'organizzazione, è necessario apportare modifiche e correzioni consone alle specificità delle singole strutture

Una sintesi

Un buon modello organizzativo deve prevedere i seguenti cambiamenti organizzativi:

1. una nuova organizzazione del lavoro che permetta un'efficiente presa in carico del paziente e del suo percorso di cura attraverso lo sviluppo dell'informatizzazione della cartella clinica e della documentazione sanitaria in rete

2. un'organizzazione delle Unità Operative e delle strutture afferenti, caratterizzata da una maggiore flessibilità attraverso la massima integrazione tra competenze, livelli di cura e volumi di attività

3. un'organizzazione dei flussi ospedalieri che preveda una separazione dell'urgenza dall'elezione e un'organizzazione dei flussi di elezione, per complessità e durata delle cure e dell'assistenza

4. una programmazione periodica delle sale operatorie, dei posti letto e dei ricoveri



2. Analisi della letteratura: esperienze nazionali e internazionali

15 Novembre 2012

Intensità di cura: la convergenza nella letteratura internazionale

Nella letteratura internazionale emerge una convergenza internazionale verso il paradigma dell'ospedale cosiddetto *care-focused* o *patient-focused*

Esso si caratterizza per quattro linee di intervento/cambiamento organizzativo

1.Integrazione clinica (*clinical integration*)

2.Integrazione delle risorse (*resource integration*)

3.Centralità del paziente (*focus on patient*)

4.Coinvolgimento dei clinici (*engagement of clinicians*)

Ospedale *care-focused* o *patient-focused* - 1

1. Integrazione clinica

- Riorganizzazione per dipartimenti
- Lavoro per *team*

2. Integrazione delle risorse

- Condivisione delle risorse
- *Nuovi schemi* logistici

3. Centralità del paziente

- Logistica con al centro il paziente
- Raggruppamento di pazienti con bisogni omogenei

4. Coinvolgimento dei clinici

- Ridisegno di meccanismi organizzativi – i.e. liste di attesa, dimissione, *etc...*)
- Nuovi ruoli manageriali e cambiamento in quelli tradizionali

Ospedale *care-focused* o *patient-focused* - 2

Alcuni esempi internazionali

- New Karolinska Solna University Hospital (Stoccolma, Svezia)
- Erasmus Medical Centre (Rotterdam, Olanda)
- Ospedali Anglosassoni (USA, UK, Australia): Johns Hopkins (Baltimora, USA), Oxford Radcliffe (Oxford, UK), Mount Sinai New York (New York – USA)

Ospedale *care-focused* o *patient-focused* - 3

Alcuni esempi italiani

- Azienda Usl di Bologna
- Ospedale Morgagni-Pierantoni di Forlì
- Aziende Sanitarie toscane (Legge Regionale 24 febbraio 2005, n. 40 "*Disciplina del Servizio Sanitario Regionale*")
- Aziende Sanitarie lombarde: Azienda S. Anna di Como, Ospedale Niguarda Ca'Granda, A.O. Ospedale Legnano, A.O. Ospedali riuniti di Bergamo



3. Definizione dei livelli di intensità

15 Novembre 2012

Care vs Cure

- Non sempre a un'elevata necessità di cure corrisponde un'elevata necessità di assistenza

e al contrario

- Non sempre soggetti che richiedono elevati livelli di assistenza necessitano di cure elevate

Ciò fa sì che queste due tipologie di bisogno vadano analizzate separatamente per poi produrne una sintesi

Determinazione del livello di intensità di cure

La determinazione del livello di intensità di cure appropriato a un paziente è funzione dei:

➤ **Livelli di gravità o instabilità clinica**

➤ grado e numerosità dei parametri fisiologici alterati

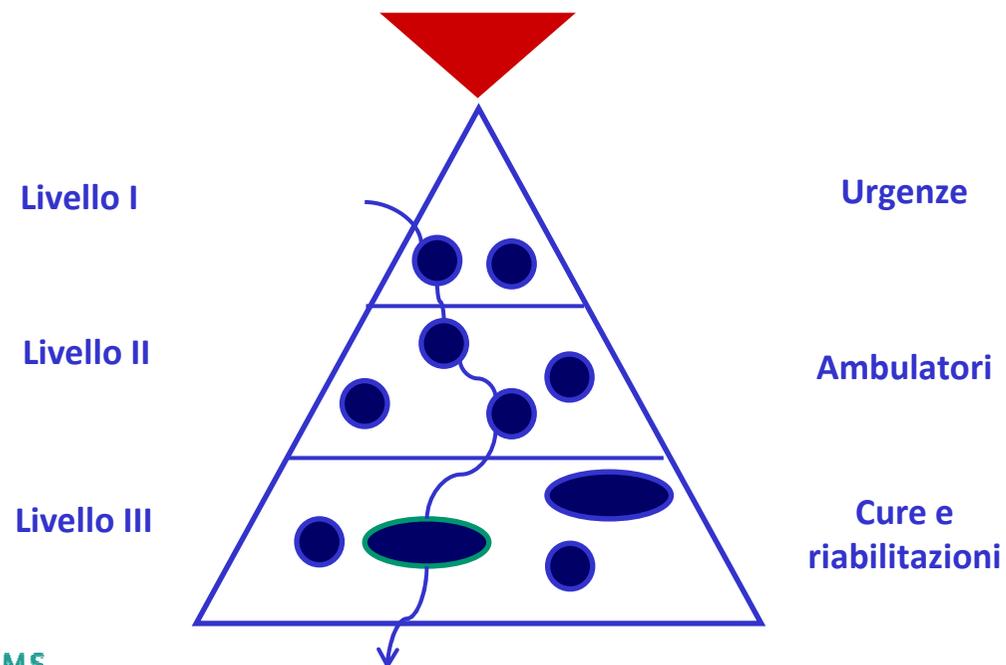
➤ **Livello di dipendenza**

➤ grado e numero di problemi per i quali il paziente richiede un supporto assistenziale

Definizione dei livelli di intensità - 1

Sono distinguibili sulla base di:

- Caratteristiche tecnologiche
- Quantità delle risorse umane
- Qualità e competenze del personale



Definizione dei livelli di intensità - 2

1. Alta intensità (*High Level*)

Comprende la terapia intensiva e sub intensiva

2. Media intensità

Articolato per area funzionale comprendente il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve, il quale a sua volta presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (*week surgery, one day surgery*)

3. Bassa intensità (*low level*)

Livello dedicato alla cura delle post-acuzie o *low care*

Bassa Intensità

- Riguarda pazienti non complessi sul piano clinico e assistenziale
- È il livello che richiede minore assistenza e può essere gestito sia con ricoveri brevi che in regime ambulatoriale garantendo l'eventuale necessità di continuità assistenziale nel territorio

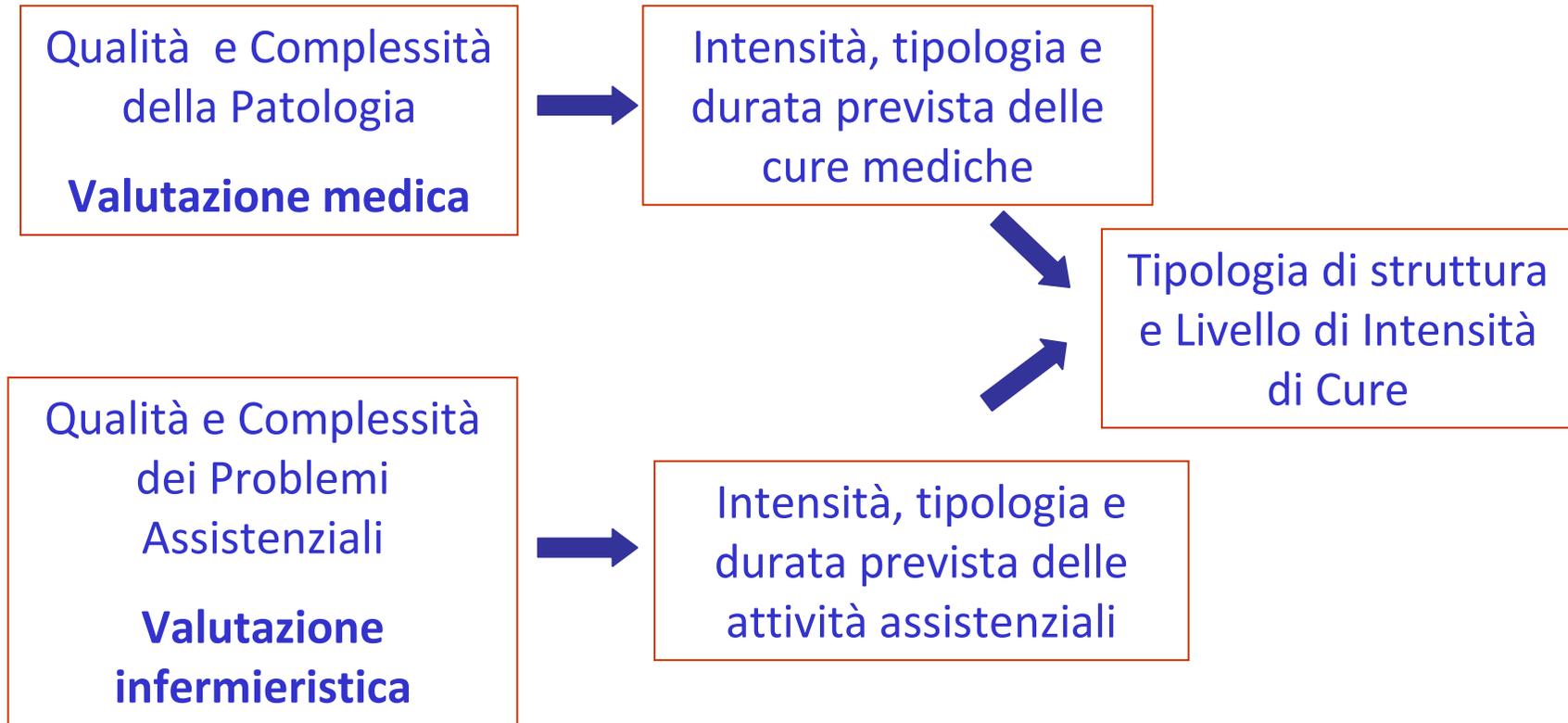
Media Intensità

- In questo livello confluisce la maggior parte della casistica ancora indifferenziata per complessità medica, infermieristica e per durata presunta della degenza
- È il livello che consente in genere un'elevata programmabilità dell'assistenza
- La *Week Surgery* rappresenta una modalità organizzativa per questo livello

Alta Intensità

- A questo livello devono accedere pazienti caratterizzati o da elevata instabilità clinica che necessitano risposte polivalenti, con degenze più o meno variabili
- Considerato l'impegno di risorse necessarie l'accesso a questo livello deve rispondere a precisi criteri e la degenza deve durare il tempo strettamente necessario

Processo per la determinazione del *setting* appropriato



Processo per la determinazione del *setting* appropriato

Nel definire la corretta allocazione dei pazienti nelle diverse strutture sanitarie ci si deve riferire:

- **alla similarità dei bisogni**
- **al tempo necessario a risolvere i problemi osservati**
- **all'intensità delle cure necessarie richieste**

piuttosto che alla contiguità tra patologie afferenti a una disciplina specialistica

La risposta più corretta sul piano organizzativo diviene allora la graduazione per intensità di cura e la definizione di *setting* omogenei per:

- **tecnologie**
- **quantità e composizione del personale assegnato**

Valutazione dell'appropriatezza in relazione a intensità di "cure" e di "care "

Prospetto dell'appropriatezza nell'erogazione dei servizi		Care		
		Bassa	Intermedia	Alta
Cure	Bassa	Ambulatori	Assistenza Domiciliare	Lungo degenza R.S.A., Country hosp.
	Intermedia	Week hospital Day hospital Day surgery	Ricoveri ordinari Week hospital	Unità Spinali
	Alta	Fast track	Terapie Sub-intensive	Terapie intensive



4. Strutturazione fisica del modello

15 Novembre 2012

Una premessa

- L'introduzione del modello per intensità di cura richiede una differenziazione logica e fisica delle diverse articolazioni delle degenze
- Bisogna effettuare una distinzione tra:
 - area delle attività ambulatoriali (*outpatient*)
 - area del ciclo diurno (*day hospital, day surgery, day service*)
- Particolare attenzione, in fase di strutturazione, dovrà essere rivolta all'inevitabile processo di trasferimento di molte prestazioni dal regime della degenza al regime ambulatoriale o diurno, conseguenza delle continue innovazioni tecnologiche, in particolare nell'area diagnostica

Aspetti core del modello

La strutturazione fisica del modello impone che sia prestata attenzione ai seguenti aspetti:

- Importanza dei momenti di snodo
- Il *patient flow* e i PDTRA
- *Week surgery* e *Week hospital*
- Il *case management* e i nuovi ruoli professionale
- La terapia intensiva e sub intensiva
- La scelta dei modelli organizzativo e assistenziale

Importanza dei momenti di snodo - 1

Uno dei presupposti per l'efficacia del nuovo modello organizzativo è la creazione di un filtro a livello territoriale che permetta di adottare la soluzione appropriata ai bisogni del paziente, evitando sia i problemi di accesso improprio in ospedale sia di ricoveri ospedalieri inadeguati

È necessaria una formalizzazione dei criteri, clinici e gestionali e la definizione delle metodologie per l'invio del paziente mediante l'ausilio dei professionisti coinvolti nel suo processo di cura

Importanza dei momenti di snodo - 2

Il Pronto Soccorso rappresenta in quest'ottica un fondamentale momento di snodo, dato che la maggior parte degli ingressi avviene dal PS

Degno di nota è il ruolo svolto dal DEU nel modello toscano a cui è affidata un'importante e ampia funzione di filtro per l'instradamento dei pazienti all'interno del nuovo modello organizzativo. Il suo ruolo di filtro agisce in tutte le direzioni: ricovero nel livello e nell'area appropriata, ritorno a casa anche dopo OB, presa in carico nell'area ambulatoriale e del *day service* sia con un sentiero immediato e veloce, sia come continuità con un periodo di permanenza breve

Il *patient-flow* e i PDTRA - 1

- L'integrazione tra le professioni mediche e più in generale tra quelle sanitarie nell'Ospedale gestito per intensità di cura consente il passaggio dalla cura della singola fase a una vera e propria presa in carico del paziente.
- Due elementi chiave:
 - la gestione del *patient-flow*
 - i PDTRA
- La gestione del *patient-flow* implica che in ciascun ospedale siano identificati, discussi e formalizzati tra i professionisti un insieme di criteri clinici di passaggio, accesso e di esclusione per i diversi livelli di cura. Nella definizione di questi criteri bisogna tener conto sia delle evidenze disponibili in letteratura sia delle specificità locali

Il *patient-flow* e i PDTRA - 2

- I PDTRA (Percorso Diagnostico-Terapeutico Riabilitativo Assistenziale), all'interno del modello dell'intensità di cura, assicurano la standardizzazione del processi e un orientamento al miglioramento continuo. Essi, infatti garantendo un percorso stabilito, l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, permettono ai differenti attori del processo di avere sempre un forte coordinamento tra loro, ma soprattutto forniscono al paziente una garanzia di un *outcome* clinico adeguato e omogeneo, non operatore-dipendente

Il *Week Surgery* e il *Week Hospital*

Le innovazioni in area chirurgica hanno consentito l'introduzione di una nuova modalità di differenziazione dei ricoveri, che utilizza la degenza media come indicatore *proxy* di complessità al fine di riservare una parte degli interventi e dei letti di degenza a casi che è possibile risolvere entro 4 gg dall'intervento (*Week Surgery*, *Week Hospital*) e consentendone la chiusura nel fine settimana

L'introduzione del modello implica il rafforzamento e il consolidamento del ciclo settimanale (WS) attraverso una revisione:

- della programmazione
- della preospedalizzazione
- dell'utilizzo delle sale operatorie
- delle attività di ricovero diurno (DS)

Necessaria è anche la predisposizione di un'unità operativa di degenza ordinaria finalizzata all'assorbimento di imprevisti

Questo modello garantisce un risparmio considerevole di risorse consentendo allo stesso tempo un'adeguata presa in carico e risoluzione delle emergenza/urgenze

Il *case management* e i nuovi ruoli professionali - 1

La presa in carico "globale" del paziente comporta la definizione di nuovi ruoli professionali, portando alla concettualizzazione del principio del "*case management*"



Diviene necessario il superamento del modello funzionale per compiti a favore di un approccio multidimensionale e multiprofessionale che tenga conto della complessità assistenziale e che fornisca una maggiore responsabilizzazione dei professionisti anche se non medici

Il *case management* e i nuovi ruoli professionali - 2

Centrali diventano due figure:



Tutor infermieristico

Il *tutor* infermieristico garantisce l'assistenza personalizzata al paziente affidatogli e diviene così responsabile del risultato del progetto assistenziale. Deve possedere un'adeguata esperienza e competenza assistenziale associata a elevate capacità di programmazione

Medico tutor

Il medico *tutor* prende in carico il paziente entro le prime 24 ore dopo il piano clinico ed è responsabile del suo percorso. È il referente informativo del paziente e della sua famiglia. Deve possedere un'adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i pazienti e alla gestione dei percorsi assistenziali. L'assegnazione del caso al medico *tutor* è fatta dal Direttore dell'U.O. di riferimento

Team di infermieri

Altra figura di importanza chiamata a collaborare con il *tutor* di qualunque tipologia esso sia è il *team* di infermieri.

Si tratta di un gruppo di infermieri con il quale il *tutor* interagisce al fine di garantire così la continuità assistenziale anche senza la necessità di una presenza costante.

La terapia intensiva e sub intensiva

Il modello richiede la separazione delle aree di terapia intensiva e sub intensiva



Terapia intensiva

Area riservata ai pazienti critici che necessitano di cure intensive richieste dal loro particolare stato di salute quali ad esempio il supporto delle funzioni vitali, il monitoraggio continuo e l'intervento immediato

Terapia sub intensiva

Riservata ai pazienti che richiedono un'assistenza inferiore a quella fornita in una terapia intensiva, ma superiore a quella fornita da una divisione di cure generali. Obiettivo di quest'area è quello di assicurare volta una monitoraggio clinica e strumentale al paziente con instabilità di uno o più parametri fisiologici o a rischio di instabilità

La scelta del modello organizzativo e assistenziale

- Vari sono i modelli di valutazione della complessità assistenziale in termini sequenziali, nel ciclo o processo di ricovero per acuti questa attività è infatti la prima che si affronta, sia per la valutazione iniziale al fine di collocare il paziente nell'organizzazione, sia per le valutazioni intermedie e successive (condizionate da modificazioni dello stato dei bisogni del paziente)
- Spesso le esperienze sui modelli mettono in luce alcuni punti di debolezza, sia per risultati sia per mancanza di una misurazione dell'*item*
- Ai fini della scelta del modello organizzativo migliore, ruolo chiave è svolto dal *team* chiamato a modificare, adattandoli alla realtà, i modelli descritti a livello teorico da normativa e Linee Guida

LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE: METODOLOGIE E INDICATORI

I criteri adottati per la misurazione della complessità assistenziale del paziente possono essere ricondotti a tre principali macro-filoni, sulla base dei quali si sono sviluppati i sistemi di determinazione più diffusi:

1. secondo documentazione delle attività svolte;
2. per profilo del paziente;
3. mediante indicatori di assistenza.

***Overview* delle principali metodologie di misurazione della complessità assistenziale in ambito internazionale**

Sulla base dei principali criteri si sono sviluppati a livello internazionale, numerosi approcci metodologici finalizzati a misurare la risorsa infermieristica. La definizione del livello di assistenza infermieristica scaturisce da tre ordini di criteri:

- criterio basato sulla quantificazione del bisogno di assistenza in termini di “tempo richiesto per l’assistenza” e, pertanto, sui piani di assistenza e sulla documentazione delle attività svolte (ad esempio, PRN);
- criterio basato sul bisogno globale del paziente, ossia sulla dipendenza e sul profilo dello stesso (ad esempio, Metodo Svizzero);
- criterio basato sulla complessità assistenziale e quindi sugli indicatori (ad esempio, Rafaela e PINI).

Project Research of Nursing (PRN)

- Nato nel 1969 presso il Centro Ospedaliero infantile Sainte-Justine di Montréal (Canada), il PRN, periodicamente revisionato, è prevalentemente utilizzato in Québec, Francia, Svizzera, Spagna e Lussemburgo e ha trovato anche una certa diffusione in alcune strutture sanitarie italiane.
- Il PRN, al fine di definire il peso assistenziale dei pazienti sulla base del tempo utilizzato nelle diverse attività assistenziali, prende avvio dall'analisi dei bisogni assistenziali del singolo paziente, in funzione dei quali viene stilato un piano di assistenza che si traduce in una lista di attività infermieristiche da attuare nelle ventiquattro ore successive all'ammissione. Il piano, formulato all'ingresso del paziente, viene revisionato giornalmente dall'équipe assistenziale fino alla dimissione. A ciascun atto infermieristico vengono assegnati uno o più punti (in base, ad esempio, all'autonomia del paziente, al numero di infermieri per l'assistenza, etc...) e ciascun punto equivale a cinque minuti di lavoro infermieristico. Come tutti gli approcci metodologici di tipo analitico, presuppone un tempo di applicazione significativo e richiede calcoli di una certa complessità.

Metodo Svizzero

Risultato finale di una serie di lunghe ricerche sperimentali condotte negli ospedali dei Cantoni Svizzeri, iniziate nel 1965 e concluse nel 1975.

- Basato sull'individuazione del bisogno globale di assistenza del paziente, il Metodo Svizzero appartiene ai metodi che si basano sulla classificazione dei pazienti in classi di dipendenza. Tale metodologia può essere utilizzata sia in sede di valutazione del paziente, sia di programmazione delle attività. L'assistenza infermieristica è strettamente collegata al grado di dipendenza dei pazienti stessi e cresce in modo proporzionale a questa.

Metodo Svizzero

Le attività assistenziali sono suddivise in tre gruppi:

- assistenza diretta, indica le attività comprese nelle funzioni del personale relative all'assistenza diretta di base;
- assistenza indiretta, indica le attività comprese nelle funzioni del personale infermieristico che vengono svolte non necessariamente alla presenza del paziente e che sono collegate con l'assistenza (preparazione del materiale necessario, relazione con famiglia, aggiornamento della documentazione infermieristica, *etc...*), la gestione del personale (attività di supervisione, trasmissione delle informazioni, formazione del personale/studente, *etc...*), la gestione del servizio (stabilire gli orari di lavoro, i giorni di riposo, *etc...*);
- compiti alberghieri, sotto questo titolo cadono tutte le attività del personale di supporto centrate sull'erogazione di un servizio, ma diverse dalla partecipazione all'assistenza (pulizia ambienti, trasporto materiali, *etc...*).

Patient Intensity for Nursing Index (PINI)

Il *Patient Intensity for Nursing Index* (PINI) rappresenta un sistema di classificazione dei pazienti elaborato nel 1991 da Prescott presso l'Università del Maryland di Baltimora (Prescott *et al.*, 1991). Tale metodologia prende in considerazione quattro dimensioni concettuali:

- severità della patologia;
- grado di dipendenza del paziente;
- complessità delle attività assistenziali;
- tempo impiegato.

Oulu Patient Classification System (OPC)

Il sistema di classificazione dei pazienti OPC si fonda sui principi dell'assistenza infermieristica presentati nel programma del dipartimento di neurologia sulla qualità dell'assistenza e sul modello di assistenza infermieristica di Roper, Logan e Tierney (Roper *et al.*, 1985).

Tale metodo prevede che ogni paziente di un'Unità Operativa venga valutato secondo sei dimensioni dell'assistenza infermieristica:

- pianificazione e coordinamento dell'assistenza;
- respirazione, circolazione e sintomi fisici;
- nutrizione e terapie farmacologiche;
- igiene e secrezioni;
- attività, sonno e riposo;
- insegnamento delle cure, supporto emozionale.

Oulu Patient Classification System (OPC)

I criteri per la differenziazione dei bisogni di assistenza sono definiti, separatamente per ogni dimensione dello strumento, come A, B, C e D. L'infermiere pianifica l'assistenza in base ai bisogni del paziente secondo una delle quattro alternative: "A" paziente che è perlopiù autosufficiente; "B" paziente che a volte necessita assistenza; "C" paziente che ha ripetutamente bisogno di assistenza; "D" paziente totalmente dipendente. A queste lettere viene affiancato un punteggio: A, 1 punto; B, 2 punti; C, 3 punti; D, 4 punti.

Le sei sottosezioni dell'assistenza infermieristica forniscono un punteggio totale che quantifica l'assistenza rivolta al paziente. Sulla base del punteggio totale raggiunto, i pazienti vengono classificati in 4 categorie: la categoria I (bisogno di assistenza minimo) comprende i pazienti con un punteggio da 6 a 8; la categoria II (bisogno di assistenza medio) comprende i pazienti con un punteggio da 9 a 12; la categoria III (bisogno di assistenza superiore alla media) comprende i pazienti con un punteggio da 13 a 15; la categoria IV (bisogno di assistenza massimo) comprende i pazienti con un punteggio da 16 a 24.

Sistema *Rafaela*

Nato presso l'Ospedale di Vaasa (Finlandia), nel corso della fine degli anni Novanta, tale sistema è adottato da tutto il sistema sanitario finlandese ed è gestito da una Società per Azioni (*Qualisan S.p.A.*) di proprietà statale (Rauhala *et al.*, 2007).

Il Sistema Rafaela si compone essenzialmente di due fasi:

- Classificazione dei pazienti secondo la complessità assistenziale (in base al sistema *Oulu Patient Classification System* – OPC – precedentemente descritto);
- Valutazione dell'intensità assistenziale di una Unità Operativa in rapporto ai bisogni assistenziali del paziente (*Professional Assessment of Optimal Nursing Care Intensity Level: PAONCIL*).

Sistema *Rafaela*

- Il metodo OPC, come precedentemente descritto, calcola la complessità assistenziale per infermiere tramite una formula.
- Il metodo PAONCIL si basa invece sul concetto, espresso dal personale infermieristico, di creare una situazione tale da permettere di fornire un'adeguata assistenza ai pazienti. Tale metodologia PAONCIL rappresenta la valutazione complessiva dell'infermiere sulla corrispondenza tra le risorse e la necessità di assistenza per quanto riguarda i suoi pazienti durante tutto il turno. L'idea sulla quale si fonda questo metodo è che, per mezzo di una valutazione professionale dell'intensità assistenziale infermieristica di un'Unità Operativa, è possibile stabilire un livello soglia ottimale sulla base del quale l'organico esistente può essere giudicato come minimo, ottimale o massimo.

Zebra System

La metodologia *Zebra System*, descritto da Levenstam, Bergbon ed Enberg in Svezia nel 1993 (Levenstam *et al.*, 1997), rappresenta un sistema di classificazione del paziente, nonché di stima del lavoro infermieristico ed allocazione delle risorse. Si tratta della metodologia di classificazione del paziente più diffusa in Svezia.

Tale metodo si compone principalmente di due parti: la classificazione dei pazienti e lo studio dell'attività. Nella prima fase, ogni paziente viene valutato secondo sei dimensioni dell'assistenza infermieristica:

- igiene;
- monitoraggio;
- mobilizzazione;
- nutrizione;
- risultati non prevedibili;
- ulteriori bisogni di assistenza.

Paediatric Acuity and Nursing Dependency Assessment (PANDA)

Il PANDA rappresenta il sistema più diffuso di misurazione della complessità assistenziale in ambito pediatrico. Elaborato dai ricercatori del *Great Hormond Street Hospital* di Londra nel 2006, tale sistema si presta sia a rilevazioni *una tantum* sia a un monitoraggio continuo della complessità assistenziale.

Questo strumento utilizza gli *standard* qualitativi definiti a priori dal *Royal College of Nursing* (RCN) al fine di determinare il numero di unità infermieristiche necessarie per una specifica Unità Operativa. Il PANDA funziona mediante uno schema a matrice che indica 50 tipologie di caratteristiche assistenziali che un bambino può presentare. Tali caratteristiche vengono raggruppate in 9 categorie, contrassegnate da un colore. Le categorie sono: vie aeree, apparato respiratorio, assistenza postoperatoria, sistema cardiocircolatorio, monitoraggi *Shock/Sepsi*, apparato renale/liquidi, sistema neurologico, altro.

I sistemi di rilevazione per la terapia intensiva: **NEMS** (*Nine Equivalent of Manpower Score*) e **NAS** (*Nursing Activities Score*)

Ideati appositamente per le Unità Operative di Terapia Intensiva, il NEMS e il NAS permettono di determinare il fabbisogno infermieristico.

Nel 1996, nell'ambito di uno studio osservazionale sull'organizzazione delle terapie intensive europee realizzato dalla Fondazione per la Ricerca sulle Cure Intensive in Europa (FRICE), al fine di determinare e valutare il fabbisogno infermieristico, viene sviluppato un sistema di punteggio denominato NEMS (*Nine Equivalent of Manpower Score*) con 9 voci. Il punteggio del NEMS va da 9 a 46 (1 punto equivale a 10 minuti di assistenza per turno da 8 ore, mentre 46 punti equivalgono a una necessità *die* di 1.440 minuti di assistenza). Il NEMS è uno strumento di facile compilazione e permette in breve tempo il monitoraggio e il calcolo del fabbisogno assistenziale (Miranda *et al.*, 1997).

Sperimentazioni di definizione della complessità assistenziale in Italia

- Nel nostro Paese, poche metodologie sono riuscite ad affermarsi e a ottenere una relativa divulgazione e, solo in anni più recenti, si sono sviluppate sperimentazioni nate dal bisogno ormai impellente di adottare strumenti scientifici e specifici di misura delle attività assistenziali e di identificare un linguaggio comune e condiviso a livello professionale.
- MAP
- SIPI
- ICA

MAP

Nato nel 2007 sulla base della “Teoria della Complessità”, quale chiave di lettura di un’organizzazione sanitaria, e del “Modello di Analisi della Complessità Assistenziale” come riferimento infermieristico, è stato elaborato un metodo definito “Metodo Assistenziale Professionalizzante” (MAP).

Il MAP è costituito da due strumenti: il primo consente la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita, mentre il secondo consente la stima del correlato fabbisogno di risorse umane.

MAP

Per la ideazione del MAP è stato inoltre utilizzato come base il modello tassonomico rappresentato dalla “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” (ICF). Tale classificazione, sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e pubblicata, nella sua ultima revisione, nel maggio del 2001, è stata scelta in quanto opera attraverso una serie di categorie raggruppate secondo il modello “biopsicosociale”, che guarda alla persona nella sua interezza e quindi non solo dal punto di vista sanitario, ma anche nella consuetudine quotidiana delle relazioni sociali. La metodologia in oggetto prevede l’adozione di tre variabili, quali elementi costitutivi per la valutazione della complessità assistenziale:

- la stabilità/instabilità clinica della persona assistita (dimensione della stabilità clinica);
- la capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui più idonei (dimensione della responsività);
- la possibilità dell'assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente (dimensione dell'indipendenza).

MAP

Per ognuna delle tre dimensioni e per l'elemento “contesto”, il MAP identifica funzioni e parametri attraverso i quali realizzare il processo di valutazione della complessità assistenziale della persona assistita. Il primo strumento del MAP è lo strumento per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita, composta da 60 modalità attraverso le quali realizzare il processo di valutazione, così suddivise nelle diverse dimensioni/elemento:

- dimensione stabilità clinica: 19 modalità;
- dimensione responsività: 7 modalità;
- dimensione indipendenza: 7 modalità;
- elemento contesto: 27 modalità.

MAP

Al fine di poter valutare le modalità, sono state declinate specifiche “variabili”, in totale 217, così suddivise:

- stabilità clinica: 70 variabili;
- responsività: 30 variabili;
- indipendenza: 27 variabili;
- contesto: 90 variabili.

Lo scopo delle variabili è quello di descrivere i possibili stati osservabili nella persona assistita in relazione alla modalità oggetto di valutazione.

Sistema Informativo della *Performance* Infermieristica (SIPI)

Il Sistema Informativo della *Performance* Infermieristica (SIPI) definisce una classificazione dei vari profili di complessità dell'assistenza che si configurano nelle Unità Operative delle Aziende Sanitarie, sulla base del criterio della *performance* infermieristica, ossia dell'insieme di interventi infermieristici rappresentativi della complessità assistenziale.

Tale sistema informativo prevede la creazione di un modello per l'elaborazione di griglie di rilevazione basate su dati rappresentativi dell'assistenza infermieristica.

Sistema Informativo della *Performance* Infermieristica (SIPI)

Scopo primario del SIPI è proprio quello di poter disporre di dati oggettivi e confrontabili e migliorare così la qualità complessiva dell'assistenza infermieristica. In particolare tale sistema si propone di:

- allocare il personale infermieristico in funzione della complessità dell'assistenza infermieristica;
- documentare l'impiego della risorsa infermieristica;
- contribuire al monitoraggio e alla determinazione dei costi dell'assistenza infermieristica;
- definire un coefficiente di distribuzione del personale di supporto in relazione alla complessità assistenziale infermieristica.

Il SIPI si basa su una scheda di rilevazione la quale, fondata su dati rappresentativi della *performance* infermieristica, fornisce un quadro sintetico ed esaustivo dei profili di complessità dell'assistenza.

Indice di Complessità Assistenziale (ICA)

La metodologia dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), elaborata nel 1999 sulla base del "Modello delle Prestazioni Infermieristiche" (Cantarelli, 1997), è uno strumento di analisi manageriale dei flussi operativi infermieristici. La metodologia ICA si propone non solo come un metodo di raccolta dei dati, ma piuttosto come un sistema integrato di analisi organizzativa in grado di favorire l'applicazione dei modelli professionali assistenziali e di garantire un adeguato processo decisionale dell'infermiere.

Tale indicatore esprime frequenza e caratteristiche di presentazione delle problematiche assistenziali, opportunamente sintetizzate e standardizzate, unitamente alle possibili variazioni. Il fine è quello di orientare l'attività infermieristica al riscontro di priorità assistenziali individuali o generali (siano esse del singolo utente o di un'unità operativa o anche di strutture maggiori), disponendo di informazioni e garantendo così la valutazione e il miglioramento continuo della qualità.

Indice di Complessità Assistenziale (ICA)

Lo strumento consiste nella compilazione di un gruppo di schede di “Rilevazione dell’Indice di Complessità Assistenziale”, cui è unito un protocollo di linee guida, nonché nell’elaborazione dei dati ricavati. Tali dati riassumono le generalità dell’assistito e ne identificano la complessità assistenziale totale e relativa alle singole prestazioni individuate per ogni singolo livello del *continuum* autonomia/dipendenza.

Tale metodo, basato sui cinque livelli di complessità assistenziale che si correlano alla condizione della persona assistita definiti nel “Modello delle Prestazioni Infermieristiche” della Cantarelli, configura il “Numero Indice di Complessità Assistenziale”. Tali livelli definiscono sia le finalità dell’intervento infermieristico, sia le azioni che ne derivano, ossia: indirizzare, guidare, sostenere, compensare, sostituire.



**5. La gestione organizzativa della
complessità assistenziale: modularità,
piccole *équipe* e modelli per compiti**

15 Novembre 2012

Modelli Organizzativi e Assistenziali

1. MODELLO TECNICO O MODELLO PER COMPITI
2. MODELLO PER PICCOLE *ÉQUIPE*
3. MODELLO MODULARE O PER SETTORI

Modello Tecnico o per Compiti

VANTAGGI

- Massimo numero di prestazioni con un numero ridotto di risorse umane e materiali
- Facilita l'assegnazione di compiti ben definiti, consente il controllo
- Livello minimo di assistenza con uno *standard* di base

SVANTAGGI

- Limitatezza in termini di continuità di assistenza
- Frammentazione delle cure
- Ripetitività dell'attività assistenziale
- Comunicazione minima

Modello per piccole *équipe* - 1

DEFINIZIONI

Team nursing: pianificazione e realizzazione di obiettivi assistenziali con azione di gruppo

Riunione di gruppo elemento essenziale, per revisionare piani di assistenza

Definizione di un *team leader*

Modello per piccole *équipe* - 2

VANTAGGI

- Sviluppo comunicazione orizzontale
- Capacità di *problem solving*
- Paziente più coinvolto nella pianificazione dell'assistenza
- Approccio *team nursing*

SVANTAGGI

- Applicabile solo in certi contesti omogenei
- Numero elevato di operatori professionali
- Necessità di trovare il tempo per le riunioni

Modello modulare o per settori - 2

- I moduli (o settori, secondo la dizione di alcuni nosocomi) sono dimensionati sui posti letto (6, 8 o 12), in dipendenza ovviamente dal numero di posti letto della U.O. o dell'area/dipartimento (divisione a numero intero)
- A ciascuno di questi moduli deve essere assegnato a opera del coordinatore dell'area un carico assistenziale mediamente identico, in modo che il modulo stesso risulti equilibrato per il numero di operatori, a loro volta divisi sui tre turni di lavoro giornalieri
- Una buona progettazione del modulo prevede che l'alternanza di figure assistenziali e di figure di supporto (quali, ad esempio, gli OSS) nei turni rispetti le attività *core* previste per ciascuna figura, arrivando nella realtà dei fatti alla separazione delle attività ancillari e da quelle di assistenza

Modello modulare o per settori - 3

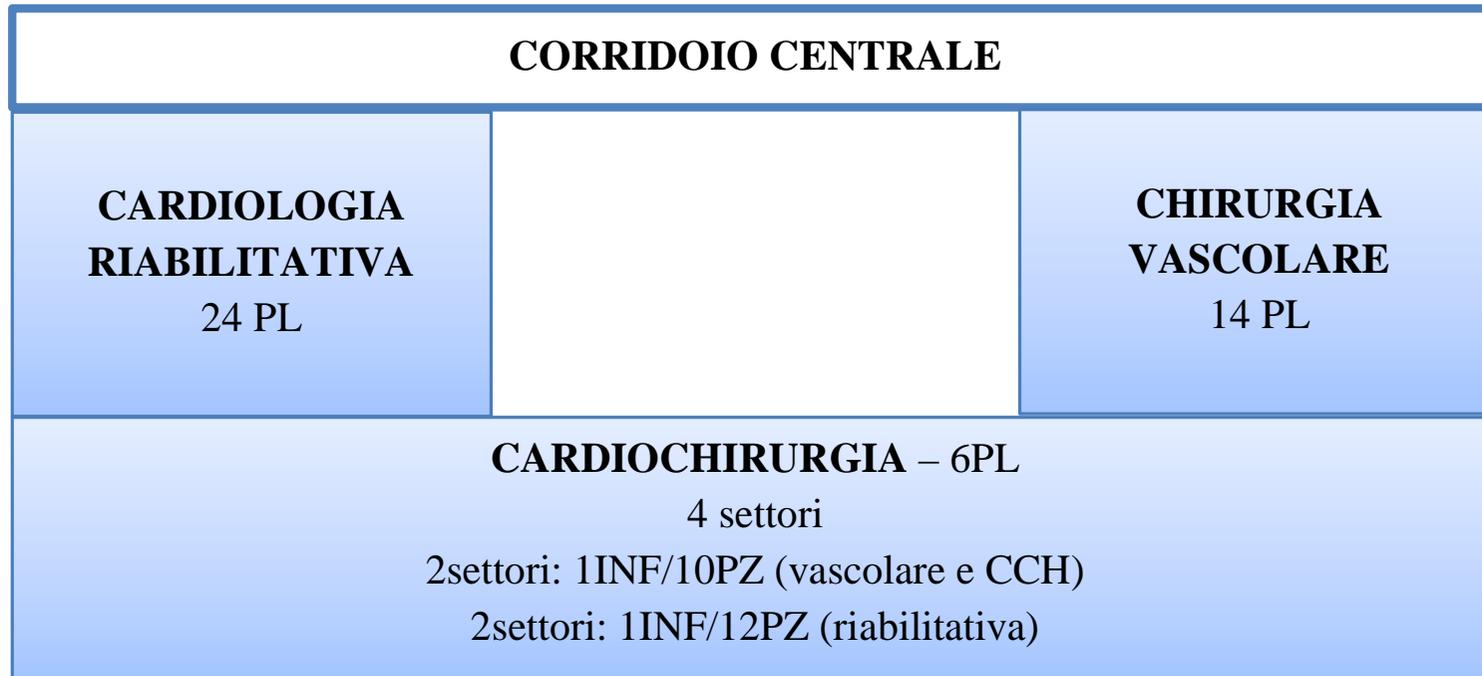
VANTAGGI

- Assistenza centrata sul paziente
- Riduce il numero di infermieri che ruotano attorno al paziente
- Trasmissione dati e informazioni è completa
- Garantisce responsabilità e autonomia, sviluppo professionale
- Importanza particolare alla documentazione infermieristica

SVANTAGGI

- Infermiere è solo a gestire gli interventi assistenziali
- Richiede collaborazione tra i settori
- Il controllo è sui risultati

Modello modulare o per settori - 4



Il ruolo dell'infermiere

Cosa fa in pratica un infermiere all'interno di questi modelli organizzativi?

- Assume la responsabilità del gruppo di persone ricoverate nel settore a cui è assegnato (presa in carico)
- ha una conoscenza globale dei bisogni delle persone ricoverate di cui è responsabile
- effettua quotidianamente una valutazione clinico-assistenziale congiunta con il medico di riferimento
- pianifica, attua, valuta e registra sulla documentazione sanitaria le prestazioni infermieristiche
- attribuisce al personale di supporto quegli interventi assistenziali caratterizzati da aspetti più tecnici e connotati da bassa complessità e da alta riproducibilità



6. L'analisi dei flussi organizzativi

15 Novembre 2012

Una proposta metodologica per l'analisi dei flussi - 1

Una proposta metodologica per l'analisi per flussi prevede la seguente struttura :

1. passaggio da una lettura dell'ospedale di tipo specialistico a una di tipo trasversale, per attività
2. definizione dei moduli attraverso un'analisi su un orizzonte temporale di tre anni
3. simulazione retrospettiva del modello

Una proposta metodologica per l'analisi dei flussi - 2

1. Passaggio da una lettura dell'ospedale di tipo specialistico a una di tipo trasversale

Letture per Specialità

Chirurgia Generale	Chirurgia Vascolare	Ortopedia Traumatologia	Urologia	Medicina Generale	Pneumologia
Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio	Ambulatorio
DH	DH	DH	DH	DH	DH
Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria	Degenza Ordinaria
Sala Operatoria	Sala Operatoria	Sala Operatoria	Sala Operatoria		
Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione	Riabilitazione

Una proposta metodologica per l'analisi dei flussi - 3



Lettura Trasversale dell'organizzazione

Una lettura trasversale dell'organizzazione implica la necessità di accettare, in fase di riprogettazione e riorganizzazione dell'ospedale dei criteri indipendenti, ma strettamente concatenati (es. I tempi di sala operatoria determinano il fabbisogno di P.L)



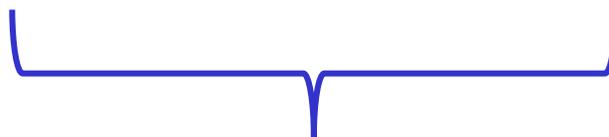
L'interdipendenza è data dalla specialità

Una proposta metodologica per l'analisi dei flussi - 4

2. Definizione dei moduli attraverso un'analisi su un orizzonte temporale di tre anni

Dimensionamento per tutte le UU.OO. di moduli composti da un numero minimo e fisso di P.L. destinati alla degenza ordinaria (emergenza/elezione)

Analisi su un arco temporale di tre anni per tener conto sia del fattore stagionalità sia del *trend* di lungo periodo



- Proposta operativa: l'analisi presentata è esemplificativa di un possibile modello da implementare
- Limite: non è stata fatta una separazione tra Emergenza, Elezione, *Week Hospital/Week Surgery* e *Day Hospital/Day Surgery* perché non si disponevano di informazioni sufficienti per strutturare una suddivisione puntuale e coerente

Una proposta metodologica per l'analisi dei flussi - 5

3. Simulazione retrospettiva del modello

A conclusione del dimensionamento dei P.L. secondo questo modello è necessario procedere a una simulazione retrospettiva su un orizzonte temporale di almeno tre anni con analisi delle eventuali criticità

Obiettivo

Moduli Rigidi

U.O.	U.O.	U.O.	U.O.
------	------	------	------

Definizione di moduli minimi e fissi per l'emergenza/elezione (es. da 6 P.L., Modulo Infermieristico 2-1-1 + OSS)

Moduli Flessibili

Creazione di un'area flessibile all'interno della quale rientrano i restanti posti letto non assegnati specificatamente alle UU.OO., che dovrà essere gestita in base al livello di intensità di cura sempre attraverso moduli specifici (es. da 6 P.L.)

Il caso del P.O. di Vimercate - 1

Obiettivo

Ricerca di un modello organizzativo applicativo dell'intensità di cura definito "modulare" che, utilizzando al meglio i nuovi principi da seguire in termini di pianificazione dei processi, trasparenza delle attività, lavoro in *team* e informatizzazione diffusa sia in grado di garantire una maggiore efficienza nelle attività sanitarie in regime di ricovero specialistico e continuità assistenziale, oltre di favorire una più facile rotazione e dimissione dei pazienti

Il caso del P.O. di Vimercate - 2

Materiali

Dati *input*: Flussi informativi delle singole UU.OO. appartenenti al P.O. di Vimercate per il triennio 2008-2010

Creazione di un *dataset* annuale per ogni U.O. attraverso l'elaborazione della durata della degenza di ogni singolo degente

Metodi

L'analisi dei flussi è stata svolta prevedendo tre *step*:

1. analisi dei Posti Letto nel triennio 2008-2010;
2. calcolo dei Posti Letto di *Day Hospital/Day Durgery* e *Week Hospital/Week Surgery*;
3. sintesi e confronti.

Il caso del P.O. di Vimercate - 3

1. Analisi dei Posti Letto nel triennio 2008-2010

- Elaborazione dell'andamento dei P.L. occupati quotidianamente nel periodo di riferimento, attraverso l'analisi e l'utilizzo di alcuni indicatori statistici
- Analisi della degenza media relativa ad ogni U.O. per i 3 anni in oggetto
- Confronto con i P.L. accreditati prima della modifica dell'assetto strutturale
- Proiezione di alcuni possibili *stock* di P.L. assegnabili a ogni U.O. (media, flessibile, rigido) confrontandoli con il numero di giorni in cui non si avrebbe un tasso di utilizzo del 100%, per il triennio di riferimento
- Obiettivo dello *step 1* è la proposta di un'attribuzione più ridotta di P.L. fissi in modo tale da lasciare un'area flessibile più ampia favorendo così un aumento della saturazione storica

Il caso del P.O. di Vimercate - 4

2. Analisi dei P.L. di *Day Hospital/Day Surgery* e *Week Hospital/Week Surgery*

- Al fine di verificare la congruenza del raggiungimento dell'obiettivo dello *step 1* si sono analizzati i dati delle degenze totali da 0 a 5 giorni e oltre i 5 giorni per il triennio 2008-2010 per tutte le UU.OO. oggetto di analisi
- *Focus* sulle UU.OO. Chirurgiche
- Proposta degli interventi programmabili in:
 - *Day Hospital /Day Surgery/One Day Surgery* (da 0 a 1 giorno di degenza);
 - *Week Hospital /Week Surgery* (da 2 a 4 giorni di degenza);
 - *Week Hospital /Week Surgery* con analisi dei DRG (5 giorni di degenza).
- Proiezione per l'anno 2010 di alcuni possibili *stock di* P.L. assegnabili in DH/DS e WH/WS, seguendo un *driver* di attribuzione simile a quello utilizzato per lo *step 1* e considerando sia un orizzonte temporale di 365 gg (rigido) sia di 261 gg (flessibile)

Il caso del P.O. di Vimercate - 5

3. Sintesi e Confronti

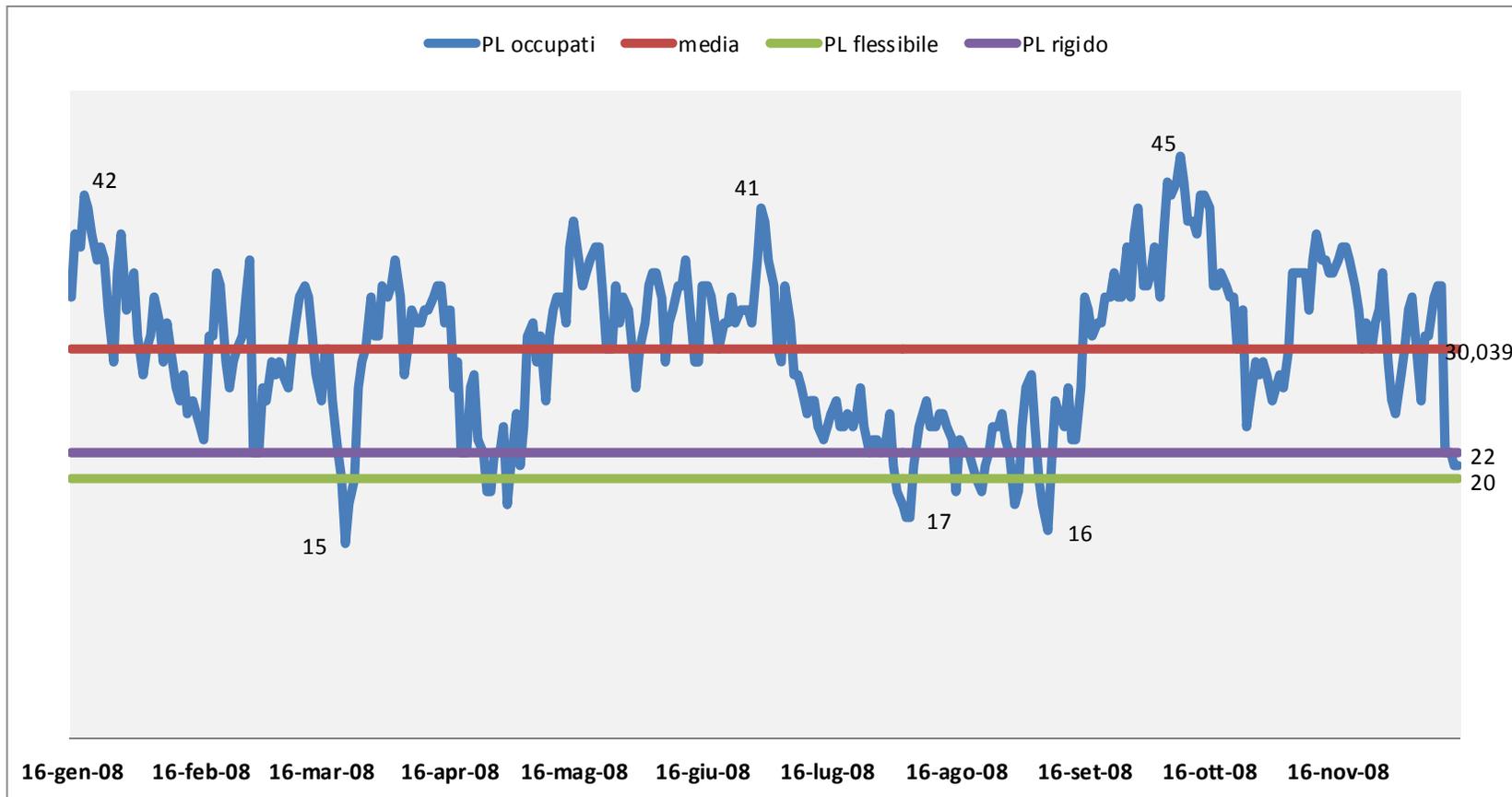
- Ultimati gli *step* 1 e 2 sono state create delle tabelle di sintesi con le proposte di dotazione rigida e flessibile dei Posti Letto sia per l'elezione/emergenza sia per il *Day Hospital/Day Surgery-Week Hospital/Week Surgery*
- Confronto con i posti letto accreditati per il nuovo ospedale e con l'ipotesi di riorganizzazione formulata dal Dipartimento Chirurgico

Il caso del P.O. di Vimercate - 6

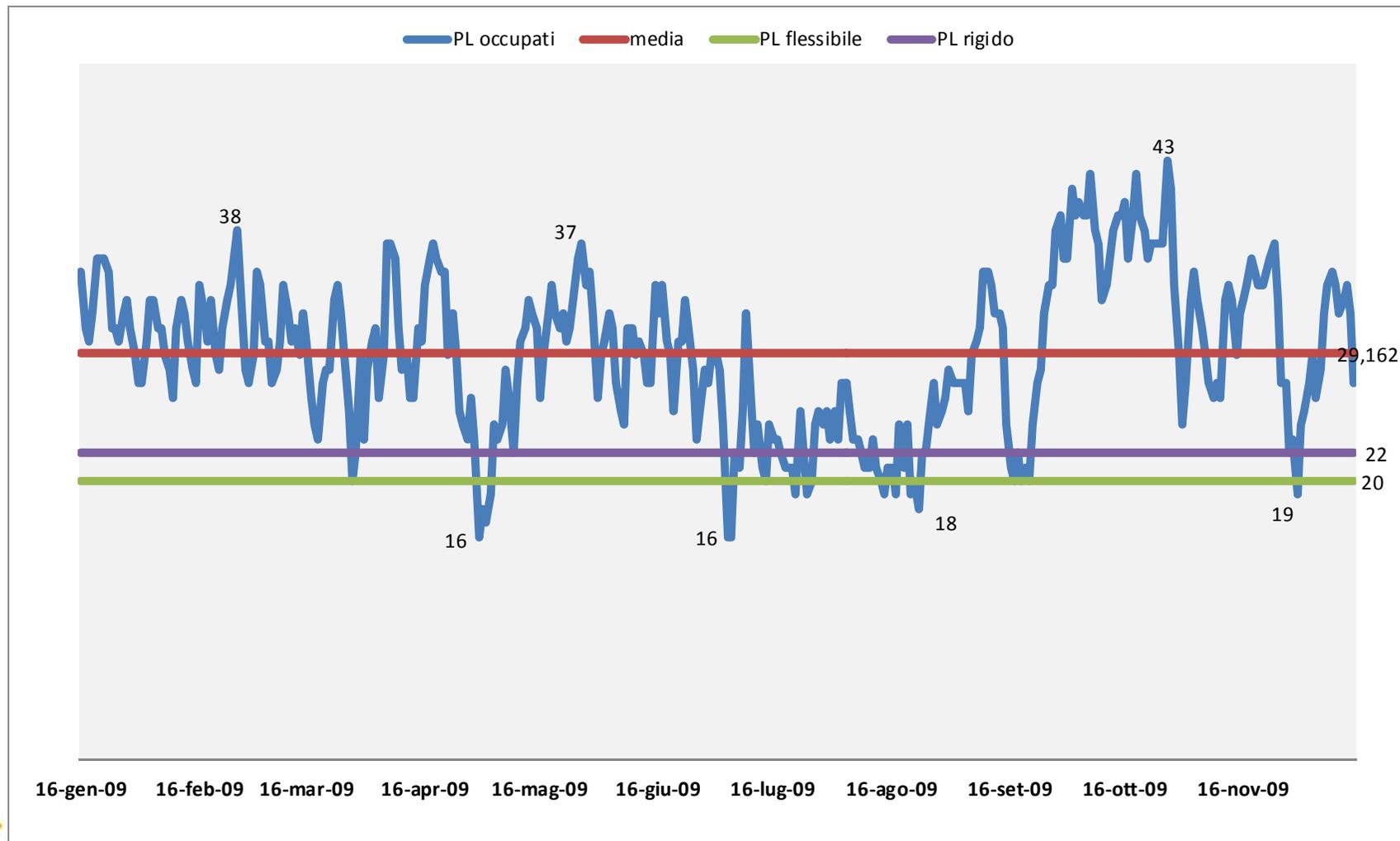
Risultati

- un dimensionamento flessibile, in cui si riduce il numero di posti letto afferenti alle specifiche UU.OO., mentre aumenta il numero di quelli a uso trasversale, imponendo un conseguente problema gestionale di corretta attribuzione degli stessi
- un dimensionamento rigido, in cui il numero di posti letto per ciascuna U.O. risulta essere più vicino al valore medio, con una conseguente maggiore probabilità di avere un basso tasso di saturazione e un minor numero di posti letto a uso promiscuo e trasversale
- un dimensionamento che tenga conto sia del *trend* sia degli effetti della stagionalità e che pertanto sia flessibile nel tempo

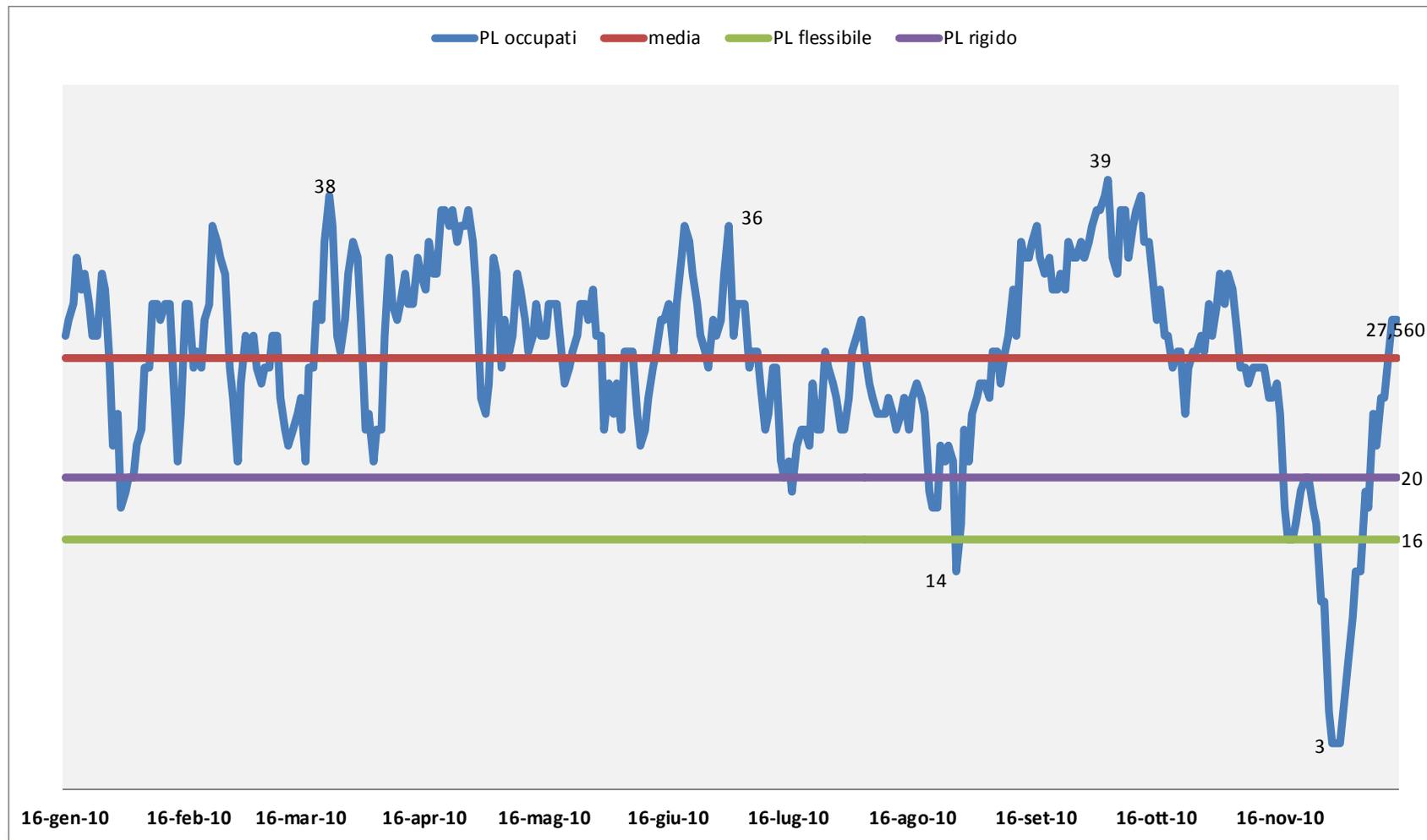
Il caso del P.O. di Vimercate - 7



Il caso del P.O. di Vimercate - 8



Il caso del P.O. di Vimercate - 9



Il caso del P.O. di Vimercate - 10

Risultati

- Nel caso specifico dell'Ospedale di Vimercate la scelta è ricaduta inizialmente su un dimensionamento più vicino all'opzione flessibile in quanto meglio in grado di tenere conto sia della gestione di eventuali picchi di attività e al contempo assicurare un'occupazione e omogenea di posti letto, sia dell'adeguata individuazione di *team* monospecialistici per la gestione dei posti letti specifici delle singole UU.OO. e plurispecialistici per il coordinamento dei posti letti dell'area flessibile
- Suddivisione delle aree di degenza in moduli dedicati ciascuno a un numero diverso di malati la cui quantità deve essere inversamente proporzionale alla complessità clinico/assistenziale. Indicativamente per un'area di 52 posti letto si possono predisporre 4 o 5 moduli la cui dimensione e il cui numero di persone varierà al variare delle condizioni cliniche-assistenziali, assicurando così una specifica presa in carico della persona e una continuità assistenziale di sistema
- Individuati i moduli e gli *stock* di posti letto assegnati a ciascuna U.O. e quelli collocati nell'area flessibile è necessaria una revisione degli stessi attraverso il supporto della Direzione Sanitaria e dei clinici di ogni specialità di afferenza al fine di validarne la congruenza delle degenze medie rispetto alle specificità cliniche e ultimare il dimensionamento tenendo conto della modularità e valutando la complessità assistenziale e l'instabilità clinica

Il caso del P.O. di Vimercate - 11

Dimensionamento Finale

U.O.	Urgenza	Elezione	Week Hospital	Totale
Urologia	2	12	4	18
Chirurgia I	10	8	6	24
Chirurgia II	10	8	6	24
Vascolare	2	6	4	12
ORL	2	10	6	18
Urologia	2	12	4	18
Ortopedia	16	8	6	30
Ginecologia	0	0	10	10
Oculistica	0	0	4	4
Letti cuscinetto	10	0	0	10
Totale	52	52	46	150

Il caso del PO di Desio - 1

Dati di base

DRG chirurgici 2009	N° DRG 1-5 GG	Ciclo Diurno
Totali del Presidio Ospedaliero	3584	895
Dipartimento Chirurgico	1452	582
Divisione Urologia	336	144
Divisione Otorinolaringoiatria	424	10

	Sale operatorie attive	Sala per emergenze	Sala Dedicata alla D.H
Blocco operatorio	5 (1 per specialità)	1	1 (3 volte la sett.)
Sala attesa pre op. ed osservazione monitorata	SI n° 10 pz monitorati		

U.O.	Coordinatori	Infermieri	Op. Supporto	N° Letti
ORL	1	10	5	19
UROLOGIA	1	15	4	30 + 3 DH
TOTALE	2	25	9	49 + 3 DH

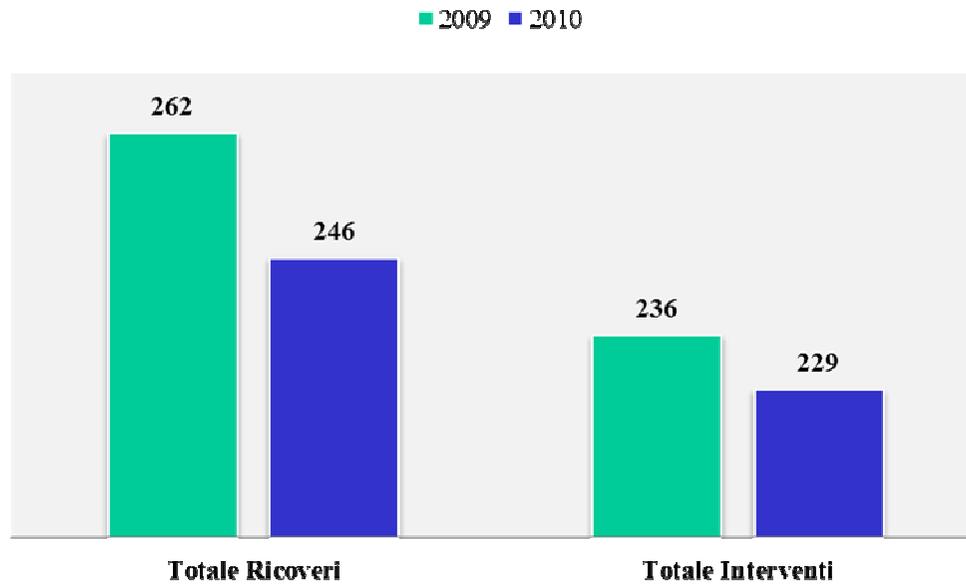
Il caso del PO di Desio - 2

Risultati

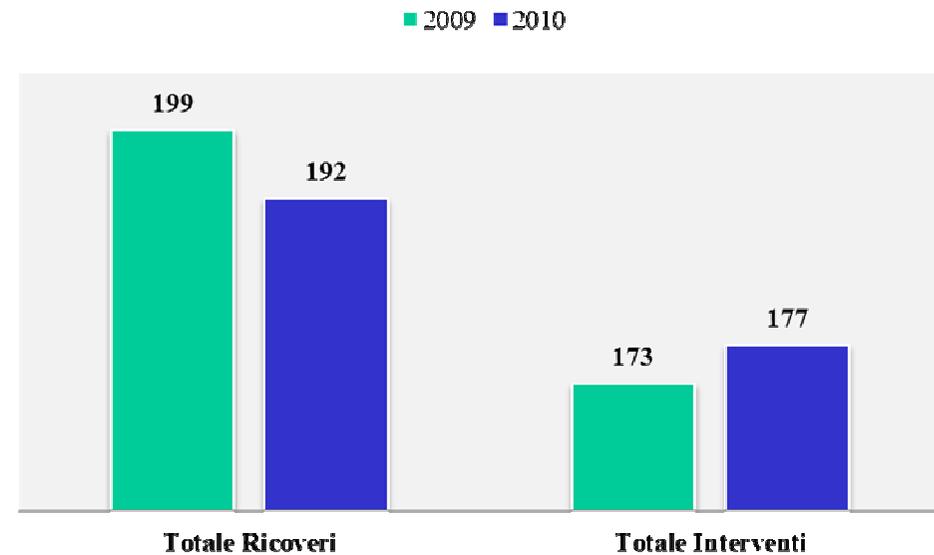
- Processo di riorganizzazione sta avvenendo ad isorisorse
- Non ancora quantificabile ma intuitivo il vantaggio sulla spesa generale per chiusura di un reparto nel fine settimana
- Miglioramento dell'indice di saturazione per la degenza ordinaria pari al 93% nel reparto unificato
- Indice di saturazione della chirurgia breve per il mese di settembre è stato del 85%, e del 89% per ottobre (transito di pazienti gestiti in regime di ciclo diurno)

U.O.	Coordinatori	Infermieri	Op. Supporto	N° Letti
ORL	1	10	5	19
UROLOGIA	1	15	4	30 + 3 DH
Totale 1	2	25	9	49 + 3 DH
DEG. ORDINARIA (URO+ORL)	1	15	4	30 (18 + 12)
CHIR. BREVE (URO+ORL)	1	4	3	10 (5 + 5)
Totale 2	2	19	7	40
Differenza	0	+6	+2	+9

Il caso del PO di Desio - 3



ORL

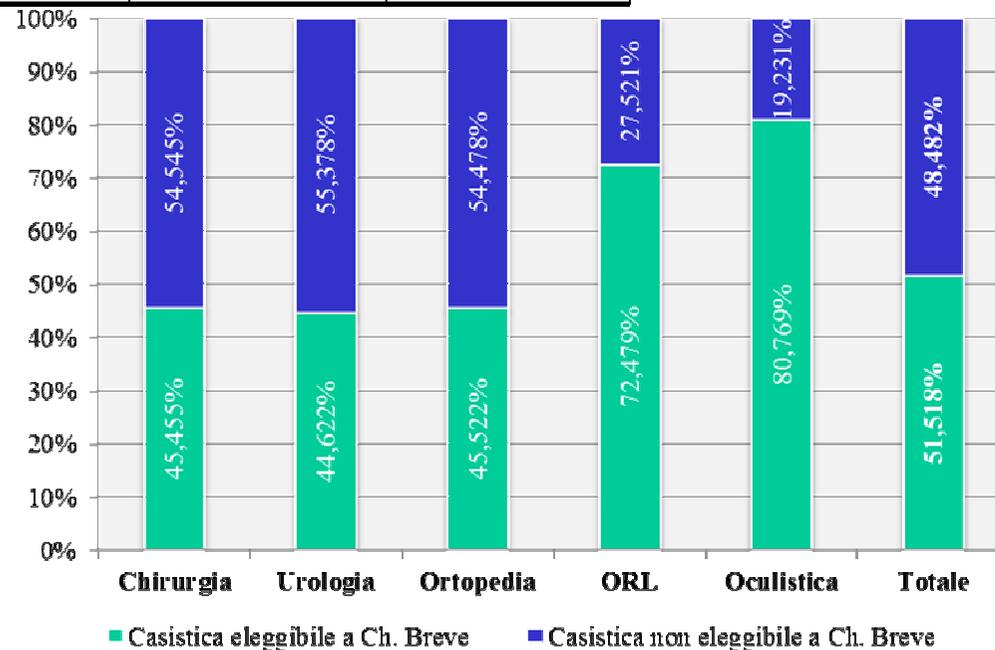


Il caso del PO di Desio - 4

U.O.	Ciclo diurno	Ricoveri ord. totali 2009	Ricoveri per DRG Chirurgici bassa media intensità	Entro soglia per chir. breve	chir. breve /ric. DRG Chir. %
Chirurgia	376	1467	847	385	45.4
Urologia	144	1495	753	336	44.6
Ortopedia	39	938	536	244	45.5
ORL	13	1043	585	424	72,4
Oculistica	10	92	78	63	80,7
Totale	582	5035	2799	1442	51.5

Eleggibile

51,52%





**7. Dalla teoria alla pratica:
linee guida per l'implementazione**

15 Novembre 2012

Linee guida per l'implementazione - 1

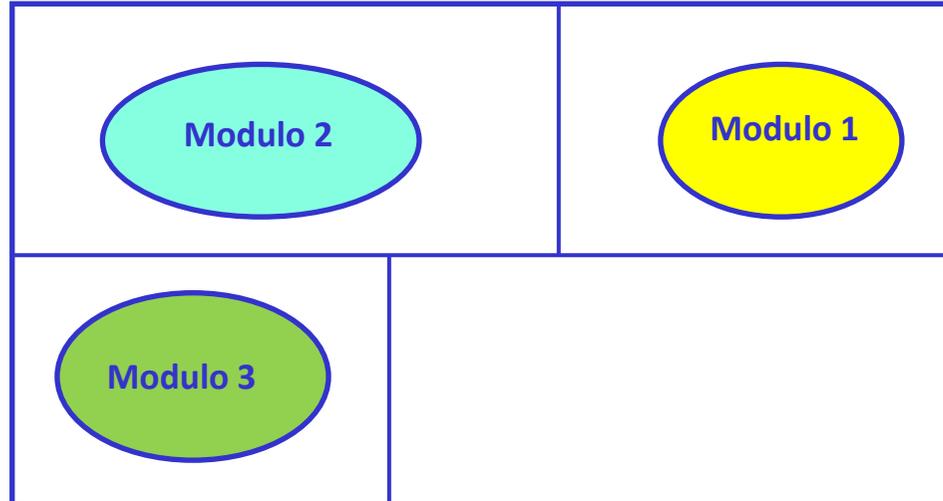
- Di seguito si descrivono le linee guida che devono essere eseguite per l'implementazione del modello per intensità di cura
- Si tenga conto che non esiste un modello univocamente applicabile, ma ciascun modello deve essere adattato alle specifiche esigenze della propria organizzazione
- Aspetto fondamentale dal quale partire nell'avvio di una riorganizzazione secondo i principi del modello per intensità di cura è la centralità del paziente

Linee guida per l'implementazione - 2

Definizione dei livelli di intensità

Differenziazione nei 3 livelli di intensità (Alta, Media e Bassa Intensità), mantenendo dei dipartimenti funzionali per specialità.

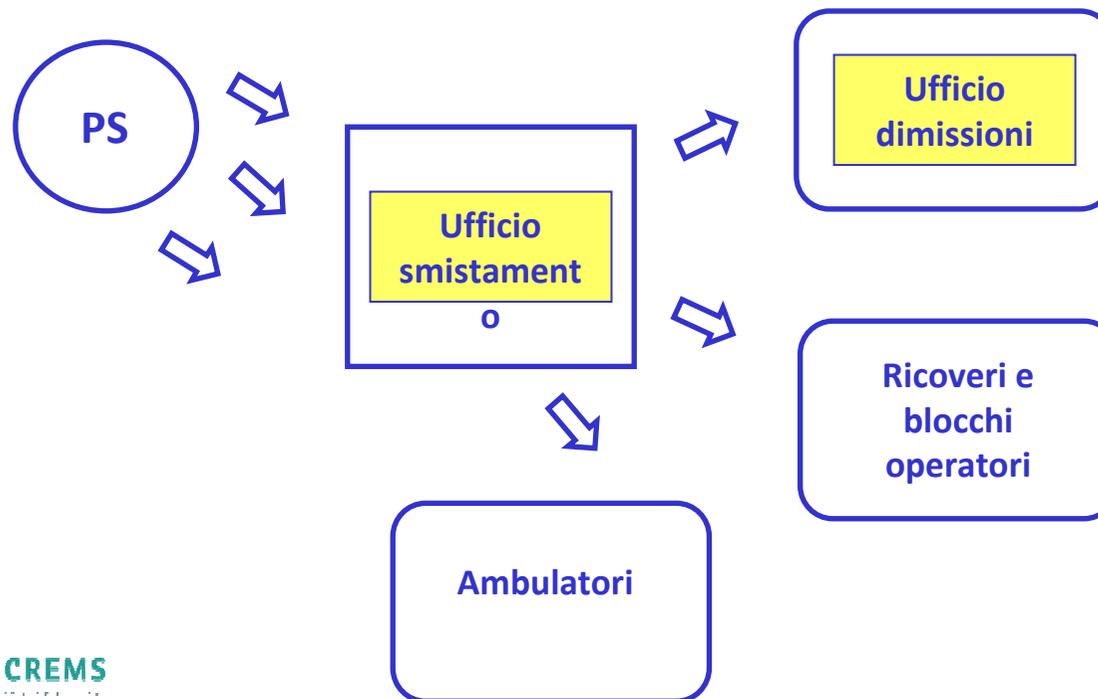
Strutturazione fisica del modello



Linee guida per l'implementazione - 3

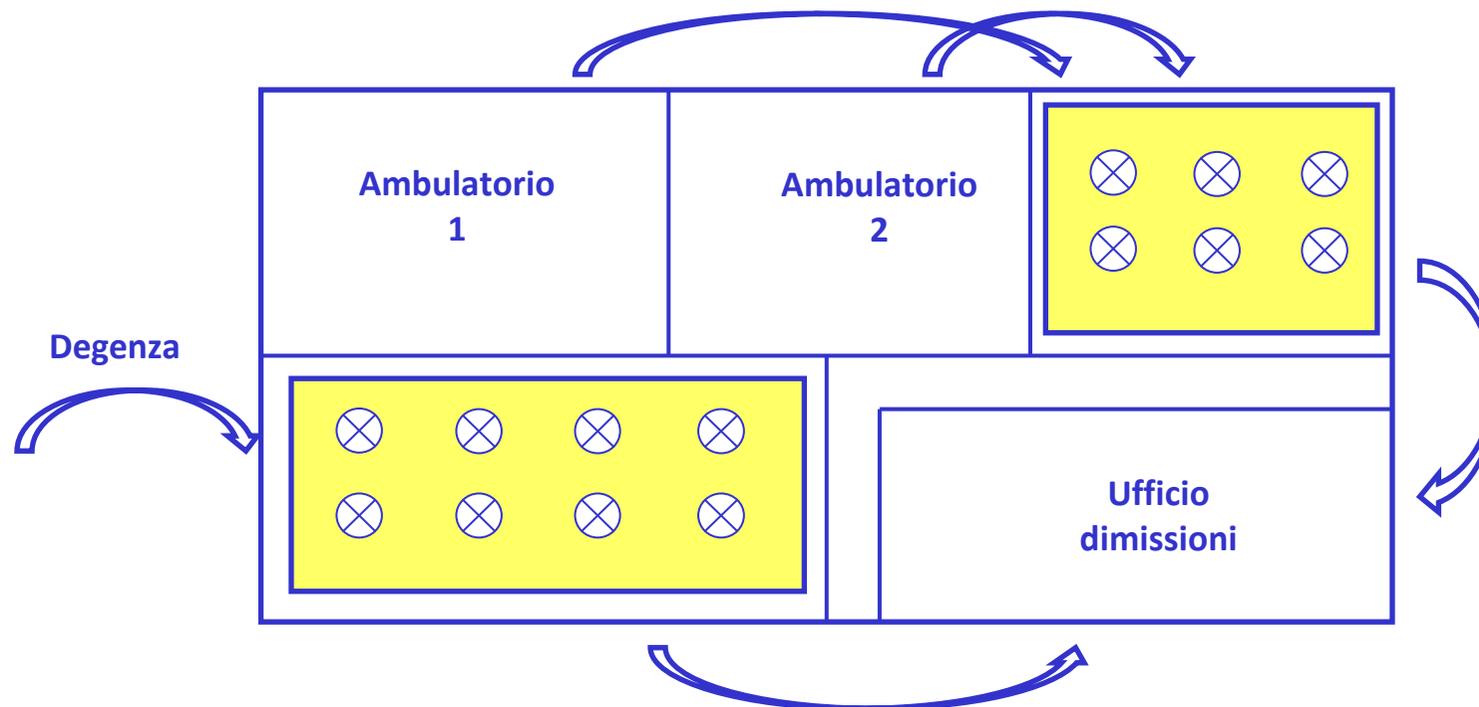
Importanza dei momenti di snodo

- Creazione o riorganizzazione dell'Ufficio Smistamento e dell'Ufficio Dimissioni attraverso una valutazione del carico di lavoro e l'identificazione del profilo professionale adeguato da inserire nel ruolo organizzativo.



Linee guida per l'implementazione - 4

- Creazione di apposite aree dotate di poltrone per accogliere i pazienti provenienti dagli ambulatori e dalla degenza prima di ottenere il nullaosta di dimissione



Linee guida per l'implementazione - 5

Il *patient-flow* e i PDTRA

- Revisione delle linee guida che devono essere condivise all'interno delle specialità cliniche, oltre che conosciute e comunicate anche inter-specialità
- Formazione adeguata
- Momenti di incontro e confronto

Linee guida per l'implementazione - 6

Il *Week Surgery* e il *Week Hospital*

Definire i criteri delle attività da effettuare in regime di *Day Hospital* e *Week Hospital* tenendo conto di:

- linee guida regionali
- tempi di degenza per patologia
- complessità degli interventi

Il *case management* e i nuovi ruoli professionali

- È necessario individuare un tutor per la valutazione del paziente durante la sua presa in carico
- A seconda delle specialità si potranno definire sia *tutor* infermieristici sia *tutor* medici

Linee guida per l'implementazione - 7

Modelli organizzativi e assistenziali

Considerando il minutaggio assistenziale necessario, così come evidenziato nella seguente tabella si ritiene che il modello assistenziale migliore sia il *Nursing* modulare

Livelli Assistenziali	Minuti Accredитamento
Base	120
Media	180
Elevata	240
Sub Intensiva	300
Intensiva	600

Linee guida per l'implementazione - 8

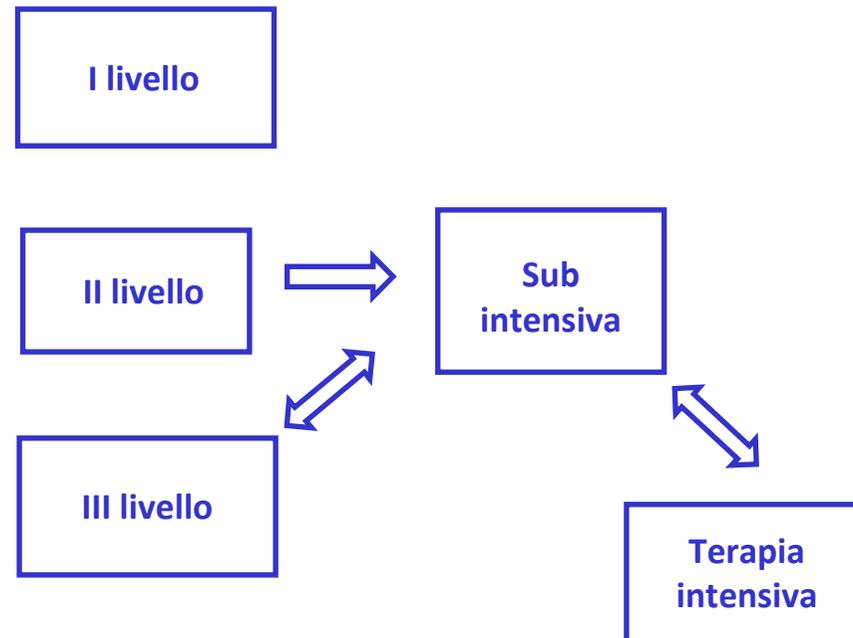
L'introduzione del modello di *Nursing* modulare comporta la necessità:

- Creare un'adeguata segnaletica che faccia comprendere i settori di riferimento
- Il codice colore utilizzato nella segnaletica dovrà essere riutilizzato all'interno dei badge di ciascun dipendente
- Segnalazione del codice colore anche per identificare i carrelli medicazioni e terapia o i carrelli documentazione

Linee guida per l'implementazione - 9

La terapia intensiva e sub intensiva

È necessario predisporre dei letti ad uso trasversale che siano di collegamento tra la terapia intensiva e il terzo livello. Conteggiarli insieme e poi attribuirli alle diverse aree a seconda delle necessità.





8. Conclusioni e *take home message*

15 Novembre 2012

Conclusioni

- Il modello dell'intensità di cura prevede un ospedale che si configuri come luogo di ricovero per le acuzie, richiedendo così un aumento qualitativo e quantitativo dell'offerta territoriale, così come delle prestazioni di Medicina Generale
- È assicurata un'ottimale presa in carico del paziente unitamente a un'adeguata risposta alle esigenze di appropriatezza delle prestazioni di efficacia ed efficienza nell'uso delle risorse
- Obiettivo di tale modello è quello di fingere da integrazione territorio-ospedale, evitando così gli accessi impropri da una parte e il collegamento con il territorio per le dimissioni protette dall'altro.

Take home message

- Il presupposto di partenza all'interno di questo percorso di riorganizzazione dei nosocomi secondo i dettami dell'intensità di cura è lo sviluppo di progetti finalizzati ad aiutare le persone e che quindi assicurino una completa presa in carico del paziente, dall'ingresso in ospedale sino al ritorno al domicilio
- Di fronte a un cambiamento demografico, che vede un incremento di pazienti anziani cronici e pluripatologici gestire una completa presa in carico dei pazienti significa superare le pareti dell'ospedale



Un ospedale per acuti opererà in maniera efficiente solo se permetterà un inquadramento perfetto dei pazienti che arrivano, ovvero se esiste un sistema di supporto adeguato che garantisca la permanenza in ospedale non come fine della cura e dell'assistenza, ma come un intervallo all'interno di un percorso più globale di cura e di assistenza



9. Esercitazione

15 Novembre 2012

Esercitazione

Prendendo spunto dalla metodologia e dalle esemplificazioni proposte, provate ad analizzare i flussi informativi che vi sono stati consegnati relativamente a due Unità Operative tipo e a valutare il percorso che adattereste per la riorganizzazione della struttura organizzativa delle stesse

1. Quale variabile prendereste in considerazione per prima per una riorganizzazione dell'Unità Operativa?
2. Quali sono gli elementi in grado di fornirvi dei dati certi al fine di riprogettare le modalità organizzative interne delle Unità Operative prese in considerazione?
3. Quale è, a vostro avviso, il percorso migliore?