



Disponibile online all'indirizzo www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

journal homepage: www.elsevier.com/locate/itjm



MANAGEMENT SANITARIO

Ospedali e modelli organizzativi per intensità di cure: il punto di vista dell'internista

*Hospitals and organizational models based on the intensity of treatment:
the internist's point of view*

Giuseppe Chesi*, Fabrizio Boni

Dipartimento di Medicina Interna, Ospedale Magati di Scandiano, AUSL di Reggio Emilia

Ricevuto l'1 marzo 2011; accettato il 21 aprile 2011
disponibile online il 6 agosto 2011

KEYWORDS

Intensive care;
Health organization;
Department.

Summary

Introduction: The type of patients being treated in our hospitals has changed significantly. Today's patients are much older with more complicated, polypathological problems. As a result, hospital organization and management structures must also change, particularly in Internal Medicine. A widely discussed approach, organization according to "intensity of treatment," could be an appropriate solution from an organizational viewpoint that would also satisfy these new demands.

Materials and methods: With the aid of a questionnaire sent to internists working in the hospitals of Italy's Emilia-Romagna region and the review of the relevant medical literature, we defined structural, organizational, technological, managerial, and staffing characteristics to better determine and classify this model. We analyzed questionnaire responses of 31 internists heading operative units in their hospitals, a relatively homogeneous subgroup with experience in organizing and managing healthcare as well as its clinical aspects.

Results: Analysis of these questionnaires revealed important points concerning the model: 1) an accurate identification of the medical care on which to base the model; 2) a well-defined strategy for differentiated allocation of staff to structural and technological areas depending on the level of medical care provided in the area; 3) an accurate definition of the types and features of patients targeted by each level of medical care; 4) an early exchange (starting from the patient's arrival in the Emergency Department) of information and medical knowledge among Emergency Department physicians and those present during the initial stages of hospitalization; 5) a precise definition of responsibilities in the different areas, operative and collaborative stages among different physicians and medical staff, the different disciplines involved in the process.

Conclusions: Among the physicians responsible for managing complex areas of Internal Medicine in Emilia-Romagna hospitals, organization of medical care on the basis of treatment intensity is

* Corrispondenza: Ospedale Magati, via Martiri della Libertà 6 - 42019 Scandiano (RE).
E-mail: chesig@ausl.re.it (G. Chesi).

generally considered the model most likely to meet the demands of the patients being treated in our hospitals. However, application of this model requires a well-defined organizational method. Levels of medical care and organizational instruments need to be precisely defined within this method. Simple differentiated organization of nursing care is clearly no substitute for an organizational model of this kind.

© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

Introduzione

Negli ultimi quarant'anni, a partire cioè dall'istituzione del Sistema Sanitario Nazionale, databile al 1968, anno dell'emanazione della Legge Mariotti [1], di riordino del sistema ospedaliero che diveniva così pubblico, le trasformazioni degli ospedali hanno subito accelerazioni e processi tali da richiedere sia agli enti gestori (Stato, Regioni e loro emanazioni) sia agli operatori, e in particolare ai medici, cambiamenti probabilmente impensabili negli anni precedenti. Da un sistema ospedaliero completamente svincolato da una logica di tipo aziendalistico e nel quale agli operatori veniva esclusivamente richiesta una prestazione tecnica, per di più poco accompagnata da tecnologia, assai povera negli anni Settanta-Ottanta del secolo scorso, si è progressivamente passati a un sistema nel quale sempre più la prestazione sanitaria è venuta a collocarsi in un contesto aziendalistico, con una crescente attenzione ai costi, alla qualità e all'appropriatezza delle prestazioni e un crescente utilizzo di tecnologia avanzata e complessa.

In quest'ottica il professionista medico si è dovuto confrontare non soltanto con la necessità di un continuo aggiornamento professionale e tecnologico, ma anche con l'esigenza di acquisire competenze di tipo manageriale sulle quali, oltre che sulle competenze tecniche, ha cominciato a essere valutato. L'ospedale si è andato dapprima espandendo in una direzione di amplificazione delle divisioni (come all'epoca erano chiamate le articolazioni) specialistiche, sulla spinta della tumultuosa evoluzione tecnica e tecnologica, e successivamente si è sviluppato verso una dimensione e una vocazione mirate al trattamento dei pazienti acuti, lasciando ai servizi ambulatoriali e alla Medicina Generale la gestione delle patologie croniche, in crescita esponenziale negli ultimi decenni parallelamente all'aumento dell'aspettativa di vita della popolazione [2].

La complessità degli attuali pazienti afferenti ai pronto soccorso e agli ospedali, anziani, affetti da più patologie, con problematiche socioassistenziali sempre più rilevanti [3], ha rivalutato in questi ultimi anni, in una logica di ottimizzazione delle risorse, di uso appropriato delle tecnologie e di presa in carico globale di ogni singola situazione, la Medicina Interna, che per la sua visione olistica, meglio della visione settoriale specialistica, può aderire alle loro esigenze. Evidentemente un modello di Medicina Interna, così come un modello di ospedale, appiattito su unità di degenza tutte uguali e con una rigida suddivisione dei posti letto per singola unità operativa era destinato, di fronte a questa epocale mutazione epidemiologica e sociale, a rivelarsi inefficace. Parallelamente, aree subintensive o intensive strutturate e progettate per un tipo di patologia e per un tipo di trattamento non più praticato (si pensi alle unità di terapia intensiva cardiologica, istituite e poi sviluppatesi per il

trattamento medico delle sindromi coronariche acute, attualmente soppiantato dalle tecniche di rivascolarizzazione percutanea) vedono la necessità, anche da parte degli stessi specialisti, di un ripensamento e di una rivisitazione [4,5].

Un ospedale moderno sembrerebbe, quindi, quello progettato a misura dei nuovi pazienti secondo la logica delle aree strutturate per intensità di cura, di presa in carico multidisciplinare e multiprofessionale modulata da percorsi clinico-assistenziali in grado di recepire e attualizzare in ogni singola realtà le migliori pratiche diagnostiche, terapeutiche e assistenziali in accordo con le evidenze disponibili e secondo i criteri della medicina basata sull'evidenza [6]. In questo contesto e in questo momento storico in cui alcune regioni, alcuni ospedali, alcuni dipartimenti, alcune unità operative incominciano a sperimentare modelli di questo tipo appare quanto mai indispensabile una convergenza di vedute e di intenti su un modello che possa essere applicato in maniera preferibilmente omogenea e su larga scala, in una logica di flessibilità ed efficienza. Per tentare di delineare le caratteristiche strutturali e organizzative peculiari di tale modello o perlomeno un loro abbozzo, oltre a esaminare quanto si è provato a sperimentare e a comunicare finora in ambito internistico, abbiamo inviato a tutti i direttori di Medicina Interna della regione Emilia-Romagna un questionario su questo tema.

Materiali e metodi

Un questionario a 13 item (*tab. 1*) è stato inviato a 225 internisti della regione Emilia-Romagna e a 66 direttori di Medicina Interna della regione. Le risposte pervenute in totale sono state 44, di cui 31 da direttori di unità operative. Per omogeneità abbiamo ritenuto di valutare ed elaborare solamente i 31 questionari compilati dai direttori di unità operative, ai quali effettivamente competono anche attività di tipo gestionale e organizzativo. I questionari considerati, quindi, sono stati 31 su un totale di 66 unità operative di Medicina Interna della regione Emilia-Romagna (47%). In mancanza di esperienze consolidate di questo tipo e con questo modello, nonché di questionari preesistenti, il questionario è stato elaborato ex novo sulla base dei principali aspetti emersi dall'analisi della poca letteratura disponibile.

Risultati

I questionari compilati provenivano da direttori di ospedali di piccole dimensioni, medie dimensioni o grandi dimensioni in misura pressoché equivalente (11, 9 e 11, rispettivamente) e il campione poteva quindi essere considerato abbastanza

Tabella 1 Questionario a 13 item.

a) Presso l'ospedale in cui lavori esistono aree organizzate per intensità di cure?

Se sì, queste aree sono strutturate:

1. in tutto l'ospedale
2. su base dipartimentale
3. a livello di unità operative
4. altro

b) A tuo parere il concetto di organizzazione per intensità di cure è basato su una differenziazione dei pazienti di tipo:

1. severità clinica
2. diversificazione della presenza sia medica che infermieristica a seconda della severità clinica dei pazienti
3. bisogno assistenziale di tipo infermieristico
4. 1 + 2
5. altro

c) A tuo giudizio "organizzazione per intensità di cure" o per "complessità assistenziale" sono termini coincidenti e quindi sinonimi?**d) Ritieni che un'organizzazione "per intensità di cure" possa essere ottimale se organizzata:**

1. sull'intero ospedale
2. in ambito dipartimentale
3. in aree specialistiche omogenee
4. all'interno di ogni singola unità operativa
5. altro

(riservato a chi ha risposto 1 alla domanda precedente)

Se ritieni che la migliore organizzazione "per intensità di cure" possa essere quella strutturata sull'intero ospedale, la ritieni applicabile:

1. a tutti gli ospedali, indipendentemente dai posti letto
2. solamente agli ospedali di piccole dimensioni (< 140 posti letto)
3. agli ospedali di piccole e medie dimensioni (< 300 posti letto)

e) I livelli di intensità di cure che ritieni ottimali per un'organizzazione di questo tipo sono:

1. un'area ad alta intensità e un'area a bassa intensità
2. un'area ad alta intensità, un'area per pazienti acuti stabili e un'area per post-acuti
3. un'area per acuti e un'area per post-acuti

f) In base alla tua esperienza ritieni che in un reparto di medicina organizzato per intensità di cure un'area ad alta intensità, dotata di sistemi di monitoraggio e per la quale sia prevista una maggiore presenza medica e infermieristica, sia opportuna?

1. sì
2. sì, ma solo nei piccoli ospedali non dotati di specialità autonome e di terapie intensive specialistiche
3. no

g) Quali ritieni debbano essere le differenze tra le aree a diversa intensità in ambito di area medica organizzata per intensità di cure:

1. una strutturazione organizzativa che preveda una diversa presenza di medici e infermieri a seconda della severità dei pazienti ricoverati nelle diverse aree

2. una maggiore presenza infermieristica nelle aree a maggiore complessità
3. sistemi di sorveglianza e di monitoraggio diversificati tra le diverse aree
4. 1 + 3
5. 2 + 3

h) Ritieni che dal punto di vista gestionale e organizzativo sia preferibile che un'area organizzata per intensità di cure:

1. sia costituita da specialità affini o omogenee
2. possa comprendere tranquillamente anche specialità del tutto disomogenee

i) Ritieni che dal punto di vista gestionale e organizzativo sia necessario che un'area organizzata "per intensità di cure" preveda:

1. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa
2. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti
3. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione, quali quelli previsti dal lavoro in équipe
4. una gestione dei posti letto affidata a un coordinamento infermieristico che attivi di volta in volta gli specialisti e medici ritenuti utili per la gestione del caso
5. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione e quali quelli previsti dal lavoro in équipe, inclusa la componente infermieristica alla quale devono essere demandati specifici compiti da svolgere in autonomia all'interno dei percorsi clinico-assistenziali previsti

l) Ritieni che l'allocazione dei pazienti all'interno delle diverse aree di intensità di cura debba essere effettuata sulla base di:

1. score di severità validati e appositamente predisposti all'uso
2. criteri clinici (compromissione delle funzioni vitali, disfunzioni d'organo non presenti in precedenza o peggiorate al momento dell'ammissione ecc.)
3. 2 + protocolli locali con elenco di patologie ammissibili e predisposizione di specifici percorsi clinico-assistenziali
4. altro

m) Ritieni opportuna la presenza di regolamenti o protocolli che disciplinino l'ammissione dei pazienti nelle diverse aree di intensità e i loro spostamenti successivi?

1. sì, assolutamente
2. sì, ma soltanto per la prima ammissione in una delle diverse aree
3. no

(Continua)

Tabella 1 Questionario a 13 item (*Continua*).

- n) Ritieni utile la partecipazione dei medici di reparto alla fase di accettazione di un paziente laddove la degenza sia organizzata per intensità di cure?**
1. sì, in quanto migliora l'appropriatezza di destinazione di ogni singolo paziente e facilita la presa in carico da parte del medico responsabile
 2. 1 + prevedere aree di osservazione iniziale di quei pazienti per i quali potrebbe non essere immediatamente chiara l'area di destinazione
 3. no, in quanto aumenterebbe solamente i carichi di lavoro
 4. no, se esiste un chiaro protocollo condiviso con il pronto soccorso in grado di regolare a priori l'ammissione di un paziente in una delle singole aree previste dalla filiera dell'intensità di cura
- o) Ritieni che un'organizzazione per intensità di cure:**
1. possa migliorare la qualità dell'assistenza e favorire la presa in carico di ogni singolo paziente
 2. possa migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica, ma rendere più difficoltosa la gestione medica di ogni singolo paziente
 3. potrebbe solamente aumentare il caos all'interno degli ospedali, dei dipartimenti e delle unità operative
 4. è soltanto una facciata, ma nella sostanza non cambia il modo di operare
 5. una suddivisione vecchio stampo in reparti di dimensioni piccole e ben funzionanti rimane comunque sempre il modello migliore per l'organizzazione ospedaliera

rappresentativo delle diverse realtà esistenti nell'ambito della regione Emilia-Romagna.

La prima domanda era volta a esplorare se presso l'ospedale di appartenenza vi fosse stata qualche esperienza, non necessariamente in ambito internistico e non necessariamente strutturata, di organizzazione di aree per intensità di cure. Il 65% degli intervistati rispondeva in maniera positiva a questa domanda, contro il 35% di risposte negative. Ai 20 che avevano fornito una risposta positiva veniva poi somministrata una seconda domanda riguardante il tipo di organizzazione per intensità di cure presente: se, cioè, questo modello organizzativo fosse impostato nell'intero ospedale, su base dipartimentale o nell'ambito di una singola unità operativa. Anche in questo caso le risposte erano abbastanza distribuite, con una lieve prevalenza di esperienze condotte a livello di singola unità operativa (40% contro un 25% a livello di ospedale e un 35% a livello dipartimentale).

La seconda domanda si prefiggeva di comprendere quali fossero le basi differenziate sulle quali può fondarsi questo tipo di organizzazione. Il 95% circa degli intervistati (93,5%) rispondeva che questo tipo di organizzazione deve prevedere una differenziazione in base alla severità clinica dei pazienti afferenti, cui deve conseguire una diversità nelle presenze mediche e infermieristiche graduata a seconda della severità dei pazienti (*tab. 2*). A ulteriore specificazione e completamento della seconda domanda veniva posto il quesito se i termini "intensità di cure" e "complessità assistenziale" siano da considerare sinonimi. La quasi totalità degli intervistati (93,5%) negava che i termini siano sinonimi, specificando come complessità assistenziale debba riferirsi

Tabella 2 Risposte fornite all'item b.

Item	Risposte (%)
A tuo parere il concetto di organizzazione per intensità di cure è basato su una differenziazione dei pazienti di tipo:	
1. severità clinica	–
2. diversificazione della presenza sia medica che infermieristica a seconda della severità clinica dei pazienti	–
3. bisogno assistenziale di tipo infermieristico	6,5
4. 1 + 2	93,5
5. altro	–

prevalentemente a un impegno di tipo infermieristico, mentre intensità di cure sia da intendersi in senso più ampio e globale a comprendere tecnologie, assistenza infermieristica e assistenza medica.

Veniva poi chiesto un parere in merito a quale fosse, a giudizio degli intervistati, il setting preferibile per un'organizzazione di questo tipo, scegliendo tra intero ospedale, dipartimento o unità operativa. Nella *tabella 3* sono riportati i risultati: si apprezza un deciso orientamento verso un'organizzazione comprendente macroaggregazioni con il 48% dei pareri a favore di un sistema organizzato sull'intero ospedale e un 35% favorevole a un'organizzazione di tipo dipartimentale. A coloro che si erano espressi a favore di una strutturazione per l'intero ospedale veniva poi chiesto di specificare ulteriormente la tipologia di ospedale (piccolo, piccolo-medio) nel quale questo tipo di organizzazione potrebbe esprimere meglio il suo potenziale. Nella *tabella 4* si può notare come, anche qui, la maggior parte delle risposte si sia orientata a favore di tutti gli ospedali indipendentemente dal numero di posti letto e dalla dimensione (53%). Si entrava poi nel merito dell'organizzazione vera e propria per intensità di cure chiedendo quali siano i livelli assistenziali da proporre in tale contesto organizzativo: la *tabella 5* mostra come la stragrande maggioranza delle risposte si sia espressa a favore di un'organizzazione a tre livelli, comprendente un'alta intensità, un'intensità per acuti intermedi e una più bassa intensità per post-acuti (80,6%).

La successiva domanda si focalizzava sulla cosiddetta area ad alta intensità di cure, ponendo la questione se questa sia da considerare indispensabile nell'ambito di tale modello

Tabella 3 Risposte fornite all'item d.

Item	Risposte (%)
Ritieni che un'organizzazione "per intensità di cure" possa essere ottimale se organizzata:	
1. sull'intero ospedale	48
2. in ambito dipartimentale	35
3. in aree specialistiche omogenee	6
4. all'interno di ogni singola unità operativa	6
5. altro	5

Tabella 4 Risposte fornite al subitem d.

Subitem	Risposte (%)
Se ritieni che la migliore organizzazione "per intensità di cure" possa essere quella strutturata sull'intero ospedale, la ritieni applicabile:	
1. a tutti gli ospedali, indipendentemente dai posti letto	53
2. solamente agli ospedali di piccole dimensioni (< 140 posti letto)	27
3. agli ospedali di piccole e medie dimensioni (< 300 posti letto)	20

Tabella 5 Risposte fornite all'item e.

Item	Risposte (%)
I livelli di intensità di cure che ritieni ottimali per un'organizzazione di questo tipo sono:	
1. un'area ad alta intensità e un'area a bassa intensità	16,4
2. un'area ad alta intensità, un'area per pazienti acuti stabili e un'area per post-acuti	80,6
3. un'area per acuti e un'area per post-acuti	3

assistenziale. La totalità delle risposte andava in questa direzione, diversificandosi solamente nel fatto che il 22,5% degli intervistati la specificava come necessaria solamente in quegli ospedali di piccole-medie dimensioni privi di terapia intensiva o subintensiva di ambito specialistico.

Con la successiva domanda si entrava poi nel merito di come debbano diversificarsi le aree previste in questa tipologia organizzativa. Anche a tale riguardo vi era una discreta omogeneità di risposte (*tab. 6*), con una netta prevalenza di favorevoli a una diversificazione sia in termini di presenze di personale medico e infermieristico, sia in termini di tecnologia.

Con il successivo quesito si affrontava il problema relativo alle possibilità di raggruppamento di discipline in aree organizzate secondo questo modello. Il 61% delle risposte si esprimeva a favore di raggruppamenti per discipline omogenee, mentre il restante 39% riteneva possibili anche aggregazioni con discipline non omogenee.

Il questionario passava quindi ad affrontare il tema delle responsabilità e dei regolamenti da applicare a questi setting assistenziali. Veniva inizialmente posta la questione alla distribuzione della responsabilità. Come si evince dalla *tabella 7*, l'84% dei partecipanti sceglieva la risposta 5, e cioè un'organizzazione in grado di prevedere "una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione e quali quelli previsti dal lavoro in équipe, inclusa la componente infermieristica alla quale devono essere demandati specifici compiti da svolgere

Tabella 6 Risposte fornite all'item g.

Item	Risposte (%)
Quali ritieni debbano essere le differenze tra le aree a diversa intensità in ambito di area medica organizzata per intensità di cure:	
1. una strutturazione organizzativa che preveda una diversa presenza di medici e infermieri a seconda della severità dei pazienti ricoverati nelle diverse aree	10
2. una maggiore presenza infermieristica nelle aree a maggiore complessità	–
3. sistemi di sorveglianza e di monitoraggio diversificati tra le diverse aree	–
4. 1 + 3	77,5
5. 2 + 3	12,5

Tabella 7 Risposte fornite all'item i.

Item	Risposte (%)
Ritieni che dal punto di vista gestionale e organizzativo sia necessario che un'area organizzata "per intensità di cure" preveda:	
1. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa	6,5
2. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti	
3. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione e quali quelli previsti dal lavoro in équipe	
4. una gestione dei posti letto affidata a un coordinamento infermieristico che attivi di volta in volta gli specialisti e di medici ritenuti utili per la gestione del caso	
5. una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione e quali quelli previsti dal lavoro in équipe, inclusa la componente infermieristica alla quale devono essere demandati specifici compiti da svolgere in autonomia all'interno dei percorsi clinico-assistenziali previsti	84

Tabella 8 Risposte fornite all'item I.

Item	Risposte (%)
Ritieni che l'allocazione dei pazienti all'interno delle diverse aree di intensità di cura debba essere effettuata sulla base di:	
1. score di severità validati e appositamente predisposti all'uso	10
2. criteri clinici (compromissione delle funzioni vitali, disfunzioni d'organo non presenti in precedenza o peggiorate al momento dell'ammissione ecc.)	12
3. 2 + protocolli locali con elenco di patologie ammissibili e predisposizione di specifici percorsi clinico-assistenziali	68
4. altro	10

in autonomia all'interno dei percorsi clinico-assistenziali previsti".

Nella domanda successiva (*tabella 8*) si poneva il quesito riguardante le modalità di ammissione dei pazienti a una delle diverse aree previste nel contesto dell'intensità di cura: il 70% circa delle risposte si orientava a favore dei criteri clinici, coniugati però con protocolli locali possibilmente inseriti nell'ambito di un percorso clinico-assistenziale strutturato. La presenza di protocolli realizzati per regolamentare l'ammissione ed eventualmente lo spostamento di pazienti tra le diverse aree era considerata indispensabile dalla totalità degli intervistati, con l'unica specificazione, approvata dal 25% degli intervistati, della non indispensabilità degli stessi per i trasferimenti successivi alla prima ammissione in ospedale.

La penultima domanda prendeva in considerazione eventuali modalità di condivisione tra pronto soccorso e medici di reparto per il ricovero dei pazienti. La stragrande maggioranza delle risposte (87%) si schierava a favore di una condivisione di questo percorso di ammissione in ospedale; l'unico distinguo, peraltro rafforzativo, era posto da un 29% degli intervistati, che oltre a un percorso condiviso si esprimeva a favore della presenza di aree di osservazione breve ove poter disporre del tempo opportuno per tale valutazione comune e per le successive decisioni.

La domanda finale, peraltro scontata, chiedeva un parere complessivo su questa tipologia organizzativa e qui solo un 10% delle risposte si esprimeva in senso negativo, contro un 90% di pareri decisamente favorevoli. Ma, a questo proposito, occorre considerare che probabilmente hanno risposto i soggetti più motivati e più a conoscenza di tali modalità organizzative assistenziali.

Discussione

Diversi sono stati negli ultimi anni i contributi volti a cercare di definire quale tipologia di pazienti afferisse ai nostri ospedali ed in particolare ai reparti di medicina interna e come questa fosse cambiata negli ultimi anni. In particolare per un aumento di pazienti complessi, per la presenza di polipatologie, per l'età più avanzata e per la presenza di stadi avanzati di

patologie croniche, stadi che, per la minore efficienza delle cure sanitarie, in precedenza molto raramente venivano raggiunti [2]. Da questi contributi emerge una fotografia di pazienti estremamente variegata che, evidentemente è difficilmente catalogabile nel contesto di una singola specialità e contemporaneamente è difficile inquadrare in un modello assistenziale strutturato in maniera uniforme, indipendentemente dal tipo di pazienti afferenti.

Nel 1992 la legge di riordino del sistema sanitario nazionale, riprendendo quanto era già stato abbozzato dalle precedenti leggi di riordino e riforma della sanità italiana, aveva proposto una diversa strutturazione di tipo dipartimentale per i nostri ospedali [7]. Si cominciava già così a intravedere la necessità e l'opportunità di superare in qualche modo la vecchia logica delle unità operative completamente separate e svincolate le une dalle altre, a favore di aggregazioni e accorpamenti considerati più rispondenti alle esigenze di una medicina che cambiava. Tuttavia questo tipo di riordino, privilegiando decisamente nella maggior parte delle realtà aziendali sanitari aspetti di tipo gestionale [8,9], non si è rivelato modello funzionalmente in grado, almeno finora, di rispondere alle esigenze di una medicina più fondata sui reali bisogni di ogni singolo paziente e strutturata in termini di percorsi clinico-assistenziali, specie laddove fosse opportuno il concorso di più figure professionali e più discipline. Si è così giunti, a partire dall'inizio degli anni 2000, alla proposta di modelli organizzativo-assistenziali cosiddetti per "intensità di cure". Pur essendo state diverse le proposte e le iniziali esperienze di modelli assistenziali di questo tipo, peraltro distribuite in diversi ambiti territoriali regionali, a tutt'oggi non si è ancora pervenuti a una definizione e a una tipologia strutturale univoche.

Il primo tentativo di elaborazione di una proposta organica per un intero territorio è stato compiuto dalla Regione Toscana con la Legge 40/2005 in tema di riorganizzazione delle attività di ricovero [10]. In questa legge, poi ripresa dal Piano Sanitario Regionale 2008-2010 [11], si proponeva il modello per intensità di cure per tutti gli ospedali della regione. Tuttavia, come poi ampiamente rilevato dal documento congiunto delle sezioni regionali di 19 Società Scientifiche toscane di area medica e chirurgica pubblicato a febbraio 2008 [12], seguito da un'ulteriore presa di posizione del luglio 2010 [13], a partire dall'introduzione della legge il cambiamento aveva interessato quasi esclusivamente le aree chirurgiche. E questo era facilmente spiegabile con il fatto che al professionista chirurgo interessava prevalentemente la titolarità del caso in sala operatoria e meno nelle aree di degenza. D'altra parte esperienze di tipo chirurgico, prevalentemente orientate a un modello di degenza mista di area o di dipartimento, sono state proposte e attuate in diverse realtà e regioni, anche senza il "cappello" della cosiddetta "intensità di cure". Lo stesso documento congiunto delle Società Scientifiche toscane sottolineava come la principale difficoltà insorta, presso gli ospedali della regione, nell'applicare presso le aree internistiche il modello per intensità di cure fosse una verosimile non corretta interpretazione del modello stesso. Si denunciava, infatti, come il modello fosse stato erroneamente interpretato come un accorpamento di tipo gestionale nel quale le unità operative venivano azzerate, senza una chiara definizione e chiari criteri di presa in carico da parte degli specialisti. In effetti le esperienze di organizzazione di questo tipo applicate alle aree chirurgiche, più che una vera e propria modulazione

di posti letto differenziati per caratteristiche di severità e di bisogni assistenziali di un singolo paziente, sembrerebbero solitamente essere accorpamenti gestionali finalizzati a un'ottimizzazione delle risorse perlopiù di tipo infermieristico [14]. Non a caso alcune proposte ed esperienze, alcuni documenti e anche la proposta regionale toscana prospettano una suddivisione in aree omogenee che adombra criteri di suddivisione più incentrata su bisogni di tipo infermieristico, la cosiddetta "complessità assistenziale", che non su concetti di severità di patologia e di instabilità della stessa [15]. Dai documenti toscani, e anche in altri, scaturisce così il concetto di "unità infermieristica" [14], concepita come un modulo di "tot" posti letto ove collocare pazienti con omogenee necessità assistenziali e nel cui ambito l'infermiere ricoprirebbe una sorta di ruolo "gestionale" con attivazione di specialisti e medici delle diverse unità operative sul singolo caso. Questo, di fatto, anche se non è scritto, verrebbe a separare la responsabilità gestionale dalla responsabilità clinica. Ed è questa dicotomia di responsabilità, probabilmente, alla radice delle difficoltà di applicazione del modello presso le aree internistiche, come osservato e denunciato dalle Società Scientifiche toscane. In effetti, come emerge anche dai dati rilevati con il nostro questionario, un modello assistenziale per intensità di cure deve presentare, per poter funzionare efficacemente, alcune caratteristiche ben definite, pur in un contesto di flessibilità di applicazione che non può non tener conto delle peculiarità strutturali, dimensionali, organizzative dell'ospedale, del dipartimento e delle unità operative coinvolte. Le caratteristiche che parrebbero essenziali per la costruzione di tale modello assistenziale per intensità di cure potrebbero essere identificate essenzialmente come segue:

- corretta individuazione dei livelli assistenziali sui quali strutturare il modello;
- allocazione delle risorse in termini di personale, di tipologia strutturale dell'area e di tecnologie ben definita e differenziata a seconda dei diversi livelli assistenziali;
- precisa definizione della tipologia e delle caratteristiche dei pazienti per ogni singolo livello assistenziale;
- condivisione delle modalità di assistenza tra medici accettanti e medici di pronto soccorso già a partire dall'arrivo in pronto soccorso;
- definizione di precise responsabilità che, a cascata, regolino la gestione delle diverse aree, le modalità operative e di collaborazione tra i diversi professionisti, le diverse équipe, le diverse discipline che vi afferiscono.

Corretta individuazione dei livelli assistenziali sui quali strutturare il modello.

Come emerge anche dal parere del maggior numero dei professionisti, i livelli assistenziali in grado di ottimizzare l'assistenza potrebbero essere tre. A fianco di un'area identificabile per pazienti acuti di livello "intermedio", da ritenere equiparabile all'attuale livello assistenziale presente mediamente nei reparti di Medicina Interna organizzati in maniera tradizionale, si collocherebbero, in un'ottimale filiera di scorrimento, da un lato un'area a più alta intensità [16] e dall'altro un'area a più bassa intensità definibile come per post-acuti [17,18]. Particolarmente strategica e importante appare l'area cosiddetta ad alta intensità [19,20]. Rispetto allo scorso decennio, infatti, sempre più frequentemente oggi afferiscono ai nostri reparti internistici pazienti "critici" e "instabili" con alterazione di una o più funzioni

vitali e con quadri patologici severi quali "shock settico", insufficienza respiratoria ipercapnica ecc. Per questi pazienti la sola risposta adeguata ai veri bisogni assistenziali [21] consiste nel mettere a disposizione adeguati strumenti di monitoraggio e di trattamento (per esempio la ventilazione non invasiva) [22] e un'assistenza di tipo medico e infermieristico più intensiva e quindi caratterizzata in genere da una maggiore presenza e da un maggior tempo dedicato. È interessante poi notare come, in riferimento a uno dei quesiti posti nel questionario – e cioè se fosse ritenuta utile, nel contesto di un modello di questo tipo, una qualche forma di condivisione dell'accettazione ricoveri tra i professionisti operanti presso l'area di degenza e i medici del pronto soccorso – ove la stragrande maggioranza dei professionisti intervistati rispondeva in maniera decisamente affermativa, un'altra quota di intervistati, non trascurabile (29%), sottolineava l'opportunità che a fianco di questa condivisione potessero esistere aree di osservazione "breve" ove poter meglio capire, in un lasso di tempo ragionevole, il percorso più idoneo per quei pazienti per i quali l'inquadramento iniziale può essere non univoco o controverso [23]. E quest'area potrebbe effettivamente essere considerata, in alcune specifiche realtà, come un quarto livello nella modulazione "per intensità di cure".

Allocazione delle risorse in termini di personale, di tipologia strutturale dell'area e di tecnologie ben definita e differenziata a seconda dei diversi livelli assistenziali.

Questo modello assistenziale, per definirsi tale, dovrebbe prevedere una diversificazione che, a partire da una definizione geografica delle diverse aree, deve poi svilupparsi a comprendere differenti dotazioni tecnologiche e di personale sia medico sia infermieristico. Di particolare importanza – e quindi anche enfatizzata nel documento che un'apposita commissione di professionisti della regione Emilia-Romagna ha prodotto [24] (documento in fase di approvazione dalla giunta regionale) per definire i requisiti per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna della regione – appare la caratterizzazione della cosiddetta area ad alta intensità. Per quest'area è auspicabile vengano stabiliti una precisa collocazione geografica, un adeguato numero di posti letto, che anche il documento sopracitato indica come non inferiore a 4, e un'idonea dotazione tecnologica per il monitoraggio dei pazienti e per un'efficace diagnostica e un'efficace trattamento di tipo non invasivo (per esempio, ecografo multidisciplinare e strumentazione per la ventilazione non invasiva). Ovviamente, in parallelo, anche la presenza medica deve essere diversificata e caratterizzata quindi da un maggior numero di accessi programmati, opportunamente documentati, e anche la presenza infermieristica, di personale addestrato e preparato all'utilizzo delle tecnologie esistenti, deve essere adeguata alla gravità e alla severità dei pazienti, con un rapporto infermieri/pazienti intermedia tra le aree di tipo intensivo o subintensivo specialistico e le aree di degenza ordinaria. Analoghi ragionamenti possono valere per le aree a minore intensità, cosiddette per post-acuti [25].

Precisa definizione della tipologia e delle caratteristiche dei pazienti per ogni singolo livello assistenziale.

Per la ripartizione dei pazienti nelle diverse aree, la maggior parte dei professionisti si è espressa a favore di un criterio clinico, ben specificato, che consideri sia la

severità del singolo caso sia il tipo di patologia che presenta. La stragrande maggioranza degli intervistati riconosce, quindi, la necessità di definire nella maniera più precisa possibile i criteri di allocazione dei pazienti alle diverse aree e in particolare all'area cosiddetta ad alta intensità da pronto soccorso e all'area post-acute dalla degenza "intermedia". Tuttavia, la propensione a adottare criteri integrati di tipo clinico, anziché esclusivamente "aridi" score, nonché la possibilità adombrata da quasi la metà degli intervistati di estendere a tali aree l'ammissione di pazienti anche appartenenti a specialità non omogenee tra di loro, sottende una flessibilità che, evidentemente, deve andare incontro alle caratteristiche di ogni singolo ospedale [26]. Ospedali che, come sappiamo bene, si differenziano sensibilmente a seconda delle dimensioni e della collocazione geografica. Se, infatti, in ospedali di piccole dimensioni e molto decentrati, quale per esempio quello di Porretta Terme nell'appennino bolognese, è applicabile ed è in via di sperimentazione un modello per intensità di cure strutturato sull'intero ospedale con afferenza di specialità non affini, quali la Chirurgia Generale e la Medicina Interna [27], molto diversa può essere la situazione di un ospedale di grandi dimensioni, nel quale l'area per intensità di cure potrebbe vedere il concorso di più unità operative di Medicina Interna e di alcune unità specialistiche, in una logica di collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale.

Condivisione delle modalità di assistenza tra medici accettanti e medici di pronto soccorso già a partire dall'arrivo in pronto soccorso.

Ciò evidentemente presuppone un lavoro comune, che oggi molto spesso manca, finalizzato alla condivisione di protocolli e percorsi clinico-assistenziali che prevedano, come dovrebbe essere, snodi decisionali ed eventualmente terapeutici già dal pronto soccorso. Un modello assistenziale strutturato per intensità di cure necessiterebbe di una stratificazione della severità e delle caratteristiche cliniche dei diversi pazienti già all'ammissione in ospedale. Il coinvolgimento del pronto soccorso e della medicina d'urgenza, laddove presente, appare quindi di fondamentale importanza.

Definizione di precise responsabilità che, a cascata, regolino la gestione delle diverse aree, le modalità operative e di collaborazione tra i diversi professionisti, le diverse équipe, le diverse discipline che vi afferiscono.

Al quesito relativo alla responsabilità ben l'84% degli intervistati ha scelto la risposta 5, che recita: "Una responsabilità clinica affidata a una direzione di dipartimento o di struttura complessa che preveda a cascata precise responsabilità suddivise per settori e per tipologie di pazienti, con momenti di briefing, di condivisione quali quelli previsti dal lavoro in équipe, inclusa la componente infermieristica alla quale devono essere demandati specifici compiti da svolgere in autonomia all'interno dei percorsi clinico-assistenziali previsti". Essa sottende la profonda convinzione che senza l'identificazione di precise responsabilità e di un preciso assetto organizzativo, un modello di questo tipo – nel quale concorrono varie professionalità, specialità e figure assistenziali – rischia il fallimento. Infatti, soprattutto laddove si voglia separare la responsabilità gestionale – eventualmente

affidata a personale infermieristico – dalla responsabilità clinica, viene a perdersi quel concetto di presa in carico globale che è oggi da ritenersi indispensabile per la tipologia dei malati afferenti alle nostre unità operative. Il piano diagnostico-terapeutico-assistenziale e il programma di dimissione di ogni singolo paziente non possono, di fatto, non tener conto contestualmente alla sua patologia anche delle fragilità e delle eventuali problematiche socioassistenziali presenti al domicilio. Tale complessità non può essere efficacemente gestita se vengono scisse le diverse responsabilità; al contrario, può essere gestita in modo appropriato se nel contesto di una precisa e definita responsabilità "apicale" vengono identificate e coordinate le diverse figure professionali che, ciascuna per il suo ruolo, intervengono nel processo assistenziale [28].

Conclusioni

Nel sondaggio condotto, la maggioranza dei professionisti medici più direttamente coinvolti nelle problematiche gestionali e organizzative si è espressa a favore di una rimodulazione della nostra organizzazione ospedaliera secondo modelli per intensità di cure. Questa tipologia organizzativa pare più rispondente alle attuali caratteristiche dei pazienti afferenti agli ospedali: a differenza di 10-20 anni fa non presentano in prevalenza una monopatologia, ma pluripatologie che si associano alla necessità di trattamenti complessi e combinati e a non trascurabili problematiche di tipo sociale o socioassistenziale. Il modello assistenziale per intensità di cure non dovrebbe essere configurato o costruito in modo rigido o preconstituito, ma declinato in maniera flessibile e variabile in relazione alle caratteristiche di ogni singola struttura o di ogni singolo ospedale. Per questo motivo potrebbero esistere modelli nei quali vengono accorpate specialità non omogenee e il modello potrebbe essere realizzato nell'ambito sia dell'intero ospedale sia di sue articolazioni, quali per esempio quella dipartimentale, che in tale contesto potrebbe forse trovare finalmente una sua più adeguata applicazione rispetto a quanto avvenuto finora e una dimensione più consona in grado di coniugare aspetti gestionali e aspetti clinici.

Fondamentale oltre all'identificazione delle diverse aree, che nella maggior parte dei modelli parrebbero configurarsi su tre livelli assistenziali, è poi il modo in cui esse vengono strutturate. Vi deve cioè essere un'effettiva e precisa identificazione logistica a cui deve corrispondere una dotazione strumentale, tecnologica e di personale adeguata alle esigenze dei pazienti presenti e quindi chiaramente diversificata tra i vari settori.

La presenza, infine, di medici di diverse estrazioni, con diverse specializzazioni ed eventualmente anche appartenenti a diverse Unità Operative, nonché la presenza di personale infermieristico con addestramento e compiti di complessità differenziata, comporta l'assoluta necessità di individuare distinte competenze e responsabilità che, pur nel rispetto delle specifiche autonomie e degli specifici ambiti, devono comunque convergere verso una ben precisa e codificata responsabilità "apicale", garante del funzionamento "a cascata" dell'intero modello organizzativo. Soltanto in questa maniera l'organizzazione per intensità di cure può essere effettivamente realizzata e divenire funzionale

ed efficace anche in un contesto di tipo "internistico", ove le difficoltà, per la complessità dei pazienti e dei loro problemi, sono maggiori rispetto ad ambiti più prettamente chirurgici.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Legge n. 132 del 13 febbraio 1968 (Legge Mariotti). Enti ospedalieri ed assistenza ospedaliera.
- [2] Nardi R, Scanelli G, Borioni D, Grandi M, Sacchetti C, Parenti M, et al. The assessment of complexity in internal medicine patients. The FAMedcomplex Study. *Eur J Intern Med* 2007;18(4):283-7.
- [3] Williams MV. The future of hospital medicine: evolution or revolution? *Am J Med* 2004;117(6):446-50.
- [4] Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale dell'Emilia-Romagna; Nobilio R, De Palma R, Pavesi PC (a cura di). Evoluzione delle Unità di Terapia Intensiva Coronarica in Emilia-Romagna. Analisi empirica dopo implementazione della rete cardiologica per l'infarto miocardico acuto. Dossier 196/2010. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss196/link/doss196.pdf
- [5] Casella G. L'UTIC e la cardiologia clinica intensiva. *Cardiologia negli Ospedali* 2007;158-9:29-31.
- [6] Baragatti L, Messina G, Tonelli L, Ceccarelli F, 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.
- [7] Decreto legislativo n. 502 del 30 dicembre 1992. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.
- [8] Baraldi S. (a cura di). L'organizzazione dipartimentale delle aziende sanitarie. Genova: Accademia Nazionale di Medicina, Forum Service Editore; 2003.
- [9] Guzzanti A. Il dipartimento ospedaliero. *NAM* 1995;11:5.
- [10] Regione Toscana. Legge regionale n. 40 del 24 febbraio 2005. Disciplina del servizio sanitario regionale. Art. 68.
- [11] Regione Toscana. Piano Sanitario Regionale 2008-2010 del 16 luglio 2008. Investire sulla capacità di ricerca diffusa del SSN: p. 186.
- [12] Documento delle Società Scientifiche di area medica e chirurgica. Ospedalizzazione per intensità di cure. *Toscana Medica* 2008; 2:24-6.
- [13] Documento delle Società Scientifiche sull'intensità di cure presentato dall'assessore per il Diritto alla Salute della Regione Toscana. 20 luglio 2010.
- [14] Orlandi W, Duca E, Pioppo M. L'ospedale per aree di intensità di cura omogenee e di assistenza multispecialistica: l'esperienza della Azienda USL n. 3 dell'Umbria. *Organizzazione Sanitaria* 2006;4:35-40.
- [15] Sassi S, Reglioni R. Il percorso assistenziale nel dipartimento organizzato per intensità di cure. *Persona ed organizzazione: esperienze di un rapporto possibile. Notizie Speciale* 2005; 15-7.
- [16] Chesi G. L'assistenza subintensiva e la gestione del paziente critico in Medicina Interna. In: Iori I, Ragno L (a cura di). Dieci anni di FADOI: una scommessa vinta. *FADOI* 2005;19:91-4.
- [17] Calvani M. L'assistenza al paziente "post acuto": ospedale o servizi territoriali? *Notiziario Ordine dei Medici di Bari* 2009; 30-2.
- [18] Wolff JL, Meadow A, Weiss CO, Boyd CM, Leff B. Medicare home health patients' transitions through acute and post-acute care settings. *Med Care* 2008;46(11):1188-93.
- [19] Pietrantonio F, Santese GM, Riboldi F, Ammannati S, Zerbi E, Guerra R, et al. La sub-intensiva internistica dipartimentale: una realtà nell'ospedale per intensità di cure. In: Abstract Book XIV Congresso Nazionale FADOI. 2009. p. 103.
- [20] Bellamoli C, Azzini M, Bozzini C, Bisoffi G, Rozzini R. La gestione del paziente anziano critico: attivazione di un'area di cure intermedie nel reparto di prima Geriatria dell'Azienda Ospedaliera di Verona. *G Gerontol* 2010;58:21-30.
- [21] Kellett J. Hospital medicine (Part 2): what would improve acute hospital care? *Eur J Intern Med* 2009;20(5):465-9.
- [22] Lari F, Pilati G, Bragagni GP, Di Battista N. Use of non-invasive ventilation for acute respiratory failure in general medical wards. *Eur J Intern Med* 2008;19(suppl 1):S10-1.
- [23] Chesi G, Boni F, Desimoni G, Cottafavi L, Scalabrini E, Gambarati G. L'area di Osservazione Breve Intensiva (OBI) in un dipartimento di area internistica quale strumento per ridurre i tassi di ospedalizzazione e migliorarne la appropriatezza. *G It Medicina Interna* 2004;3(1/2):93-4.
- [24] Gruppo di Lavoro Multiprofessionale Regione Emilia-Romagna (a cura di). Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Medicina Interna [in corso di pubblicazione].
- [25] Salsi A, Calogero P. Le cure intermedie. *It J Med* 2010;4: 57-62.
- [26] Schinella R, Ruscio M. Razionale per il corretto approccio dell'utilizzo dei marker di sepsi. *RIMeL/IJLaM* 2008;4(suppl): 31-5.
- [27] Direzione SATEr. Il nuovo ospedale di Porretta Terme; organizzazione della degenza ospedaliera secondo il criterio della "intensità di cure e complessità assistenziale". AUSL di Bologna, 2010.
- [28] Alessandri M, Bartolomei C, Bernardini M, Landini G, Laureano R, Lombardo G, et al. Medicina interna e nuova organizzazione ospedaliera: la proposta della FADOI Toscana. *It J Med* 2007; 1(1):65-9.