

# 30 Tesi sull'Ospedale per Intensita' di Cura

a cura di

## Team del Progetto

*Verso l'Ospedale per Intensita' di Cura.  
Progetto di ricerca-azione per supportare  
il cambiamento nelle Aziende della AV Centro*

Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa  
Azienda USL 3 Pistoia  
Azienda USL 4 Prato  
Azienda USL 11 Empoli



AZIENDA USL 4 PRATO



Versione 2.0

17 Gennaio 2007

Il documento presenta i principali elementi di consenso emersi durante la fase di ricerca e discussione in gruppi di lavoro interaziendali (Settembre / Dicembre 2006).

E' stato condiviso ed emendato durante il seminario del 10 Gennaio 2007 (le Tesi aggiornate in questa sede sono indicate con l'asterisco; inoltre laddove necessarie sono state aggiunte delle note sulle fonti ed i riferimenti).

In Appendice una sintesi della discussione fatta, sempre il 10 Gennaio, su "cosa manca, cosa occorre approfondire".

# 30 Tesi sull'Ospedale per Intensità di Cura

## 1. "Ospedale per Intensità di Cura" sta per "nuovo modello di ospedale" (la parte per il tutto)

L'Ospedale per intensità di cura è un modello organizzativo che si colloca in continuità con un generale ed ormai "lungo" cambiamento dell'ospedale, volto a caratterizzare lo stesso sempre più come un luogo di cura delle acuzie. Lo scenario macro in cui si colloca questa focalizzazione del ruolo dell'ospedale è quello conosciuto e analizzato, nelle sue determinanti di base, in molti atti di programmazione sanitaria: la transizione epidemiologica, la dinamica dell'innovazione tecnologica, il consumerismo e la nuova centralità del paziente-cittadino, l'imperativo sociale della qualità delle cure, le risorse stabili o calanti e la necessità di un utilizzo efficiente delle risorse stesse in un'ottica di sostenibilità del sistema.<sup>1</sup>

Nella Legge che in Toscana attualmente regola il sistema sanitario (L.R. 40/2005) si esprime l'auspicio della "strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica" (art.68). Come si vede "l'intensità di cure" è in senso letterale solo uno degli elementi che concorrono a definire il nuovo quadro, ma di fatto nella prassi esso rappresenta l'elemento-guida, e viene quindi ad identificarsi con l'idea del "nuovo ospedale" tout court

## 2. E' necessaria una prospettiva di analisi ampia, che tenga insieme i diversi punti di vista

Per comprendere le implicazioni della riorganizzazione per intensità di cura è necessario adottare una prospettiva di analisi ampia, tenendo in conto le prospettive di almeno 4 attori fondamentali del sistema: la direzione ospedaliera (assetto organizzativo e strutturale), i professionisti della clinica (modelli di presa in carico e meccanismi operativi), la direzione dell'azienda sanitaria nel suo complesso (con particolare riferimento all'interazione tra cure ospedaliere e cure territoriali), il paziente utente cittadino ed i suoi bisogni e percezioni.

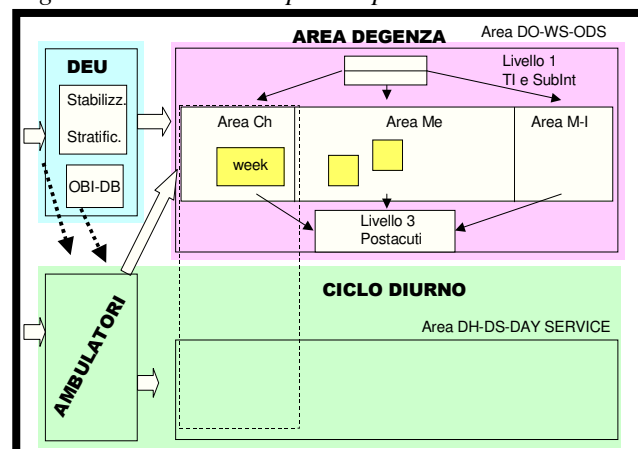
\*\*\*\*\*

## 3. Come definiamo l'intensità di cura e i 3 Livelli del modello toscano

Il livello di cura richiesto dal caso consegue ad una valutazione di instabilità clinica (associata a determinate alterazioni di parametri fisiologici) e di complessità assistenziale (medica e infermieristica). Il livello di cura assegnato è invece definito dalla tecnologia disponibile, dalle competenze presenti e dal tipo, quantità e qualità del personale assegnato.

Nel modello toscano (descritto dai vari atti di programmazione - vd. ad esempio Linee guida sui nuovi ospedali<sup>2</sup>) sono identificati 3 livelli di cura assegnate alle degenze: il livello 1 unificato comprende la terapia intensiva e subintensiva; il livello 2, articolato almeno per area funzionale, comprende il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (week surgery, one-day surgery); il livello 3 unificato è invece dedicato alla cura delle post-acuzie o low care.

Fig.1 - il modello di ospedale per intensità di cura



<sup>1</sup> Allegato A alla Delibera CRT n.31 del 12.02.2003, Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera e per il dimensionamento del fabbisogno

<sup>2</sup> Allegato 2 alla Delibera ..., Linee Guida per la progettazione

#### **4. Il modello prevede un'ampia e separata area di prestazioni ambulatoriali e diurne**

A completamento di questo modello di ospedale, ma logicamente ed anche fisicamente differenziato dalle articolazioni delle degenze, vi è l'area delle attività ambulatoriali (outpatient) e l'area del ciclo diurno (day hospital, day surgery, day service). Seguendo i principi della appropriatezza, ed in linea con un'ampia produzione anche normativa, è in corso già da diversi anni un processo di trasferimento di molte prestazioni dal regime della degenza al regime ambulatoriale o diurno. E' un processo irreversibile e favorito anche dalle continue innovazioni tecnologiche, in particolare nell'area diagnostica.

#### **5. Il modello poggia su un ruolo importante di filtro del DEU**

Altro elemento fondamentale del modello è il DEU, che ha una importante ed ampia funzione di filtro e di instradamento nel nuovo ospedale. Il DEU stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete. I termini e i confini della presa in carico da parte del DEU e le indicazioni all'invio nell'area di degenza appropriata devono essere oggetto di discussione con i Direttori dei Dipartimenti e portare alla stesura di protocolli condivisi. Il DEU necessita di posti letto con due finalità: 0-4 ore fase prediagnostica e di stabilizzazione; 4-24 ore osservazione e trattamento in presunzione di dimissione – questi ultimi ppil non sono logicamente da attribuire ad un livello di cura, mantenendosi la presunzione di dimissione. Il filtro del DEU deve poter agire 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 (fast track) sia come continuità con un periodo di permanenza breve.

#### **6. E' necessario condividere tra i professionisti i criteri clinici di accesso ai 3 Livelli**

E' necessario che in ciascun ospedale siano identificati, discussi, condivisi e formalizzati tra i professionisti un insieme di criteri clinici di passaggio, accesso e di esclusione per i diversi livelli di cura. Nella redazione di tali criteri occorre tenere in considerazione le migliori evidenze disponibili in letteratura<sup>3</sup>, pur perseguendo l'adattamento alle specificità locali.

#### **7. Il Livello 1 deve essere centralizzato e curare la reale instabilità clinica**

Il Livello 1 deve essere centralizzato e polivalente (includere quindi quanto più possibile le casistiche oggi afferenti alle intensive specialistiche come cardiologiche, respiratorie, ecc.); per avere maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse sarebbe opportuna una adiacenza logistica di tutti i letti di Livello 1, tuttavia i letti di Terapia Intensiva devono rimanere ben identificati per ottenere appropriatezza ed uso efficiente della risorsa personale. Occorre presidiare adeguatamente l'accesso alle TI ed alle subintensive: il nuovo modello deve tendere a superare quella percentuale oggi alta di inappropriatezza (30-35% delle giornate in TI oggi è dedicata a monitoraggio / svezzamento, non prevede quindi impiego di tecnologie tipiche del livello come la ventilazione meccanica<sup>4</sup>)

#### **8. Il Livello 2 rimane comunque differenziato al suo interno**

Nel Livello 2 va a confluire la gran parte della casistica, che continua a presentare al suo interno importanti elementi di differenza di complessità medica ed infermieristica. Tali differenze possono essere colte solo in minima parte attraverso i classici parametri della durata degenza e del peso medio per DRG (in generale occorre svolgere una analisi più fina integrando con le procedure ICD IX). Alcuni studi ad hoc svolti anche recentemente suggeriscono ad es. per le Medicine che il 10% dei pazienti, se valutato con apposite scale (es. Mews), risulterebbe eleggibile per un monitoraggio più stretto dato l'elevato fattore di rischio<sup>5</sup>. In molte aziende è ormai maturo e consolidato l'utilizzo di sistemi di classificazione della complessità e dipendenza assistenziale (es. ASGO), e si potrebbe quindi iniziare ad individuare con precisione la casistica a più alto assorbimento di risorse assistenziali.

#### **9. Articolare adeguatamente il Livello 2 implica capire anche i bisogni dei pazienti \***

Non è ancora chiaro quali soluzioni organizzative siano migliori per fronteggiare questa forte variabilità interna al Livello 2: se sia necessario individuare moduli a più alta gravità, o layout per patologia, oppure se

<sup>3</sup> Ad esempio il gruppo 1 ha redatto una bozza di tali criteri a partire da "Critical Care", *Guidance on Comprehensive Critical Care for Adults in Independent Sector Acute Hospitals*, September 2002.

<sup>4</sup> Istituto Mario Negri, Progetto Margherita, Rapporto 2005, Sestante edizioni, Bergamo

<sup>5</sup> Studio TRI.CO (triage di corridoio), promosso da dott. Bartolomei Medicina II Livorno, adesione di 21 med. interne toscane, presentato al convegno FADOI Castiglioncello 13-14 Ottobre 2006

non sia sufficiente una appropriata erogazione dell'assistenza. L'assegnazione del paziente a livelli sempre piu' fini od a layout particolari è una tendenza che deve comunque contemperarsi anche con una chiara esigenza del paziente, che è quella di ridurre al minimo i trasferimenti interni (data anche la degenza sempre piu' breve).

#### **10. Nella chirurgia occorre consolidare e rafforzare il ciclo settimanale (WS)**

Per quanto riguarda l'area chirurgica, in anni recenti è stata sperimentata con buoni risultati una modalità di differenziazione dei ricoveri che utilizza la degenza media come indicatore proxy di complessità, riservando una parte degli interventi e dei letti di degenza a casi che è possibile risolvere entro 4 gg dall'intervento (Week Surgery) e consentendo la chiusura nel finesettimana della relativa area. E' necessario continuare su questa strada tenuto conto che: il modello implica una forte revisione della programmazione, della preospedalizzazione, dell'utilizzo delle sale operatorie; vi e' il rischio di inefficienza nell'utilizzo delle SO, da mitigare mettendo insieme anche le attivita' a ricovero diurno (DS); è necessario prevedere un reparto di degenza ordinaria vicina per assorbire imprevisti; necessario monitoraggio attraverso indicatori ad hoc.

#### **11. Occorre ancora comprendere e definire il ruolo preciso del Livello 3 \***

Il Livello 3 sembra configurarsi come un livello di decompressione, una zona cuscinetto dove trasferire i malati che per diversi motivi (anche motivi "sociali") non sono ancora dimettibili.

E' un livello comunque gestito interamente dal personale ospedaliero (diverso quindi dall'idea dell'ospedale di comunita'). Vi è bisogno di ulteriore approfondimento per capire l'effettivo utilizzo di questo livello; in particolare da capire se non si possano generare "effetti non voluti" (ulteriore trasferimento per il paziente; incentivo a presa in carico piu' lenta da parte del territorio) e quale e' l'integrazione e sovrapposizione con l'area delle cosiddette "cure intermedie".

\*\*\*\*\*

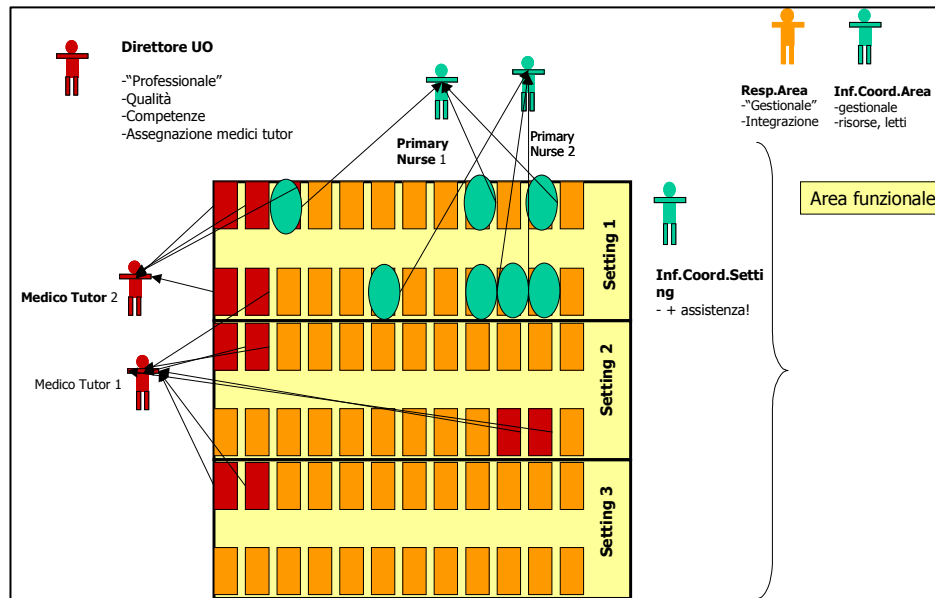
#### **12. La nuova organizzazione richiede nuovi ruoli professionali e nuovi strumenti \***

La nuova organizzazione dell' ospedale per intensità di cura richiede un ripensamento della presa in carico del paziente perché sia il più possibile personalizzata, univoca, condivisa attraverso tutti i livelli di cura. Occorre quindi passare dal principio di "hosting" al principio del "case management", dall'idea di curare la malattia all'idea di farsi carico del malato. Questo determina la necessità di introdurre modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di linee guida e protocolli condivisi, e presuppone la creazione e lo sviluppo di ruoli professionali coerenti con il nuovo sistema.

#### **13. I ruoli si modificano lungo le linee gestionali e professionali**

Il nuovo modello presuppone che l' "Area Funzionale" sia il livello ottimale per le principali funzioni gestionali (gestione letti e gestione risorse), coerentemente occorre sviluppare le figure del Responsabile di Area e dell'Infermiere Coordinatore di Area. Le tradizionali figure di gestione sia mediche (Direttore UO) che infermieristiche (Coordinatore) rafforzeranno conseguentemente la propria funzione sulla linea professionale (garanzia e sviluppo delle competenze cliniche, presidio dei percorsi e di una pratica evidence-based). A livello dell'interfaccia diretta con il paziente emerge la necessità che vi siano due figure nuove che realizzino una effettiva presa in carico: il medico tutor e l'infermiere referente.

Fig.2 – area funzionale e sviluppo dei ruoli professionali



#### 14. La figura del Medico Tutor \*

Il medico tutor prende in carico il paziente quanto prima (entro 24h) dopo l'accettazione dello stesso, stende il piano clinico ed è responsabile del singolo percorso sul singolo paziente; si interfaccia con il MMG di cui è il principale interlocutore per il vissuto del paziente nell'ospedale. Il medico Tutor è il referente informativo del paziente e della sua famiglia. Date le sue responsabilità, il medico tutor deve possedere una adeguata esperienza e competenza rispetto alla comunicazione con i pazienti ed alla gestione dei percorsi assistenziali, da supportare attraverso percorsi formativi e da valutare e mantenere nel tempo.

L'assegnazione del caso al medico tutor è fatta dal Direttore della Unità Operativa di riferimento.

#### 15. Evoluzione della professione infermieristica e figura dell'Infermiere Referente

L'ultimo decennio per la professione infermieristica è stato un periodo di profonde trasformazioni e conquiste. Per ultimo la legge 251/00 attribuisce all'infermiere diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica, e delle connesse funzioni, con autonomia professionale. Si parla, inoltre, di "modelli di assistenza personalizzata". L'assistenza personalizzata comporta il cambiamento della presa in carico del paziente, con la figura dell'infermiere referente responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e del risultato del progetto assistenziale<sup>6</sup>. I casi sono assegnati all'infermiere referente in base alla sua competenza clinica e/o di pianificazione. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di "associati": erogano prestazioni secondo programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'Infermiere referente. Affinchè l'infermiere possa compiere tale ruolo e concentrarsi sull'assistenza avanzata è necessario l'inserimento e la rivalutazione degli operatori socio sanitari a cui trasferire attività alberghiere.

#### 16. Il presidio dei meccanismi quotidiani di coordinamento interprofessionali \*

È necessario curare con attenzione i principali meccanismi di coordinamento interprofessionali: il cosiddetto "giro medico", ad esempio, rappresenta un momento importante di scambio e confronto tra le professioni coinvolte, e d'altra parte diventa critico nella nuova organizzazione per Aree che comporterà necessariamente un'assegnazione di letti limitrofi a specialità diverse – questo comporta la necessità di una forte standardizzazione degli strumenti informativi e delle modalità organizzative ed una stretta programmazione dei tempi; i briefing giornalieri a livello di setting, oltre a favorire una migliore comunicazione ed un miglior clima tra gli operatori, potrebbero snellire d'altra parte il carico di coordinamento associato al giro medico, limitando la necessità della presenza contemporanea di più figure professionali ai casi selezionati come più complessi. È infine importante capire a livello operativo come

<sup>6</sup> Il modello è comunemente conosciuto come "Primary Nursing" e rappresenta ad oggi l'alternativa più importante rispetto al tradizionale ed ancora dominante modello di "Functional Nursing" (anche detto assistenza per compiti)

dovrà avvenire l'integrazione e il coordinamento tra la figura dell'Infermiere Referente e la figura del Medico Tutor (ad esempio ai fini della dimissione).

### **17. La gestione del paziente nella sub intensiva**

La sub intensiva è una fase del percorso, per questo motivo si ritiene che medico tutor del paziente in sub intensiva sia lo stesso medico tutor che ha preso in carico il paziente nell'area di origine. Il ruolo dell'anestesista diviene quello di consulente del medico tutor per quella fase del percorso, il responsabile di quest'ultima ha in carico il paziente dal punto di vista professionale. L'anestesista è il leader della qualità tecnica della prestazione nel momento in cui il paziente sta in sub intensiva.

### **18. La necessità di una attenta politica di sviluppo professionale \***

Il cambiamento di ruoli e di responsabilità, ed in particolare la valorizzazione della linea di carriera "professionale" presuppongono una attenta politica di sviluppo delle risorse umane. La professionalità diviene la base del vantaggio competitivo. Gli attuali contratti di lavoro, se applicati a pieno, non ostacolano percorsi di carriera di tipo professionale. I percorsi di carriera devono essere trasparenti e condivisi.

### **19. I percorsi clinici integrati**

I Percorsi clinici integrati rappresentano lo strumento fondamentale perché possa effettivamente compiersi la nuova presa in carico del paziente e realizzare i nuovi ruoli professionali. Se il filo conduttore che anima la riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura è la centralità del paziente i percorsi clinici integrati consentono la realizzazione di tale obiettivo tramite l'integrazione delle competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura alle migliori evidenze cliniche, consentendo una presa in carico unica del paziente. Si favoriscono inoltre outcome di salute positivi, poco soggetti alla variabilità di comportamenti professionali, rendendo più efficace l'organizzazione. Il paziente stesso, grazie ad un'accurata comunicazione, sarà maggiormente coinvolto nel processo di cura che lo vede protagonista..

### **20. La Cartella clinica integrata**

La Cartella clinica integrata è il principale strumento di integrazione professionale, comune tra le varie figure professionali che intervengono sul paziente. Lo strumento accompagnerà il paziente in tutte le fasi dell'intensità di cura; rappresenta uno dei presupposti della continuità e della personalizzazione dell'assistenza. Tale strumento deve essere costruito in modo da essere fruibile da tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, e deve fornire l'informazione che serve, dove serve, nel modo adeguato ed esclusivamente a chi è deputato a farne uso. La cartella clinica integrata contiene tutte le informazioni anagrafiche e socio-sanitarie utili nonché i dati sintetici del ricovero e favorisce la visione immediata degli interventi di tutte le figure coinvolte (medici, infermieri, consulenti) evitando al medico di riscrivere la stessa terapia e, di conseguenza, facendo diminuire il rischio di possibili errori di trascrizione. Dal suo canto l'infermiere avrà consegne chiare, aggiornate e potrà registrare in modo agevole la somministrazione.

\*\*\*\*\*

### **21. L'ospedale per intensità di cure impone il consolidamento dell'offerta territoriale**

La riorganizzazione dell'ospedale per intensità di cura, configurando sempre più il momento ospedaliero come il momento dell'acuzie, richiede una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la qualità della presa in carico del paziente, rispondendo contemporaneamente alle esigenze di appropriatezza e di un uso più efficiente delle risorse. Questo è d'altra parte coerente con il movimento complessivo che il legislatore ha promosso negli ultimi anni, attraverso il rafforzamento dei servizi territoriali e lo sviluppo di percorsi più chiari di accesso ai servizi stessi.

### **22. La capacità di filtro verso l'accesso all'ospedale**

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 l'accesso improprio in ospedale. A questo proposito è urgente valutare l'efficacia delle soluzioni fin qui sperimentate (l'unità di cure primarie, l'attivazione dei codici bianchi presso il DEU, la copertura oraria giornaliera dei medici di medicina generale) e consolidare i modelli migliori. Specularmente è necessario monitorare l'inappropriatezza dei ricoveri ospedalieri (vi sono indicatori oramai consolidati e significativi anche a partire dalle SDO).

### **23. La necessità di misurare le performance del territorio**

E' necessario monitorare la qualità dell'offerta territoriale attraverso la creazione di indicatori di processo e di esito, che misurino, ad esempio, la coerenza tra casistica, tipologia di struttura erogante, standard assistenziali e tariffe o, nel caso delle cure primarie, il numero di accessi al pronto soccorso in codice bianco per Asl di assistenza dell'assistito rispetto alla popolazione e la percentuale di richiesta di ricovero da parte della guardia medica rispetto alle visite effettuate. E' altresì necessario, alla luce del cambiamento organizzativo, misurare l'efficacia delle cure intermedie (definite come "aree di servizi integrati, sanitari e sociali, finalizzate a garantire la continuità assistenziale dopo la dimissione ospedaliera e a favorire il rapido recupero funzionale e la massima autonomia dei pazienti", Maciocco 2006) e delle strutture residenziali rispetto agli obiettivi fissati (prevenzione dei ricoveri non necessari e/o impropri) e al bisogno della popolazione

### **24. Il potenziamento delle figure del MMG e dell'Infermiere territoriale**

Il cambiamento organizzativo deve essere supportato dal potenziamento di alcuni ruoli professionali che facciano da trade union nei vari momenti della presa in carico del paziente, sia in funzione della gestione clinica del caso, sia in funzione dell' empowerment del paziente e dei familiari. Centrali, a questo proposito, risultano la figura del medico di medicina generale e dell'infermiere territoriale, che dovranno acquisire competenze nuove e rafforzare sempre più quelle già possedute nello scenario del cambiamento organizzativo ed epidemiologico in atto con particolare riferimento ad un adeguata gestione delle patologie croniche.

### **25. Il presidio e la valutazione della fase di dimissione**

Il modello organizzativo dell'ospedale per intensità di cura deve prevedere un'attenta gestione della fase della dimissione, soprattutto per i casi clinici più complessi. In questo passaggio è necessario, infatti, già a livello ospedaliero, preparare adeguatamente il paziente ed i familiari ad una gestione adeguata ed efficace della malattia, una volta tornati a casa. E' necessaria una ricognizione delle modalità di dimissione effettuate dalle varie aziende nel caso di dimissioni protette e programmate e della loro efficacia rispetto ai livelli di intensità previsti dal nuovo modello di ospedale

### **26. Consolidare i percorsi assistenziali attraverso la condivisione delle informazioni**

Al fine di una maggiore integrazione tra diverse figure professionali, che garantisca una risposta globale ed esauriente ai bisogni del paziente gestito a livello territoriale, è necessario stabilire le modalità di condivisione delle conoscenze da parte di questi professionisti e l'implementazione di strumenti di comunicazioni che rendano più snelli i passaggi tra ospedale e territorio e in generale nelle varie fasi dei percorsi assistenziali (soprattutto nei soggetti in condizioni di cronicità).

Alcuni strumenti, atti a facilitare il processo di condivisione, possono essere ad esempio, delle sessioni formative di gruppo tra i professionisti e l'utilizzo di strumenti comuni (linee guida, protocolli e definizioni di profili di rischio differenziati).

\*\*\*\*\*

### **27. Il ruolo del paziente all'interno del processo di riorganizzazione dell'ospedale**

Nel passaggio dall'attuale modello organizzativo dell'ospedale per reparti specialistici al riassetto per Intensità di Cure è necessario verificare quale impatto questo cambiamento comporta per il paziente.

Trovare forme di coinvolgimento dell'utenza che siano adeguate alle peculiarità delle singole realtà locali significa superare l'autoreferenzialità e favorire il consenso generale, garantendo così l'efficacia del cambiamento.

### **28. Il coinvolgimento del paziente come "partner" del cambiamento organizzativo**

Perché l'utente si senta partecipe e soggetto di tale cambiamento è necessario, in fase di progettazione, individuare strumenti di coinvolgimento che vadano nel duplice senso della partecipazione attiva e della comunicazione. Se adeguatamente informato, orientato, responsabilizzato, ascoltato, rassicurato ed accolto, il paziente può essere il più grande alleato dell'organizzazione per affrontare il cambiamento e superare le resistenze culturali interne.

### **29. I bisogni evidenziati dal paziente**

In particolare, dall'analisi della documentazione aziendale (reclami, indagini aziendali, segnalazioni di disfunzioni) e dei risultati di indagini qualitative condotte dal Laboratorio MeS (attività di focus group), emerge la richiesta di una risposta alle criticità riscontrate nella personale esperienza di cura.

Tra le criticità di maggiore rilevanza che potrebbero essere rimosse con il processo di cambiamento organizzativo in atto si evidenzia:

- il processo di comunicazione con l'utente e la gestione del consenso informato
- la presa in carico del paziente e l'integrazione /coordinamento del suo percorso di cura, anche nelle fasi pre e post ospedale
- il processo di rassicurazione dell'utente mediante l'accoglienza adeguata e la chiarezza del suo percorso e della sua permanenza nelle strutture anche in termini logistici

### **30. La necessità di valutare il grado di soddisfazione degli utenti nel tempo**

Partendo dal presupposto che nessun cambiamento può essere accettabile se non assicura un miglioramento di condizioni per l'utenza o almeno una parità di situazione a fronte di una riduzione di risorse impiegate, il nuovo modello di Ospedale per Intensità di Cure deve essere percepito dall'utente come un "valore aggiunto". A tale scopo si ritiene opportuno misurare e valutare l'efficacia del nuovo modello organizzativo anche dal punto di vista degli utenti verificando nel tempo il livello di soddisfazione percepito dagli stessi.

Ciò che si auspica osservare è un effettivo superamento delle attuali criticità percepite dagli utenti o quanto meno un consolidamento ed un accrescimento dei punti di forza da essi riconosciuti.



# Appendice – Cosa manca, cosa occorre approfondire

Elementi emersi dalla discussione plenaria durante il Seminario del 10 Gennaio 2007

## **Una riflessione approfondita sul tema dell'efficienza e delle risorse**

Il modello di ospedale per intensità di cura è sicuramente orientato, attraverso il criterio della gradazione delle cure prestate, ad una logica di utilizzo efficiente delle risorse. In ogni caso “efficienza” non necessariamente significa, in un contesto di cambiamento radicale di tante variabili, riduzione delle risorse impiegate; occorrono simulazioni (ancora non consolidate); sono rare, se esistono, le evidenze a supporto (ad oggi non trovate). Il Team di progetto intende approfondire questo tema, fino adesso lasciato un po' in ombra dalla necessità di consolidare i concetti di base e di approfondire la riflessione sulla possibile “efficacia” del modello.

## **Il tema “Public involvement”**

Le Aziende sentono il bisogno di approfondire il tema del coinvolgimento della città e dei cittadini (non solo dei pazienti) nella realizzazione del nuovo modello di ospedale. Si pensi in particolare al tema delle forme associative di partecipazione (terzo settore) ed al ruolo di alleato o di ostacolo che potrebbero avere nel futuro sviluppo

## **La visione specifica delle chirurgie e dei MMG**

La discussione ad oggi sembra essere piuttosto sbilanciata sull'area medica e sull'area delle terapie intensive. Manca un chiaro coinvolgimento delle discipline chirurgiche (ad oggi sembra chiaro solo il ciclo week). Manca anche di prendere a bordo i gestori dei percorsi assistenziali, ovvero i MMG

## **La visione “dinamica” della figura del Medico Tutor e il tema della sovrapposizione tra aree**

Le responsabilità teoriche del Medico Tutor sembrano chiare, ma occorre testare il ruolo su simulazioni di casi effettivi, che non raramente necessitano di una presa in carico anche inter-area (ad es. paziente chirurgico seguito da internista); vi è inoltre il problema di quando e come occorre “cambiare in corsa” il Medico Tutor

## **La considerazione del noioso ma rilevante tema del “Bed Management”**

Forse lo si è dato troppo per scontato e quindi nessuno ne ha parlato...ma chi gestirà l'assegnazione dei letti nel nuovo Ospedale? Il dibattito è ancora aperto e probabilmente sottende diversi modelli organizzativi.

## **La comprensione dell'effettiva direttrice di sviluppo professionale per gli attuali “Primari”**

Gli attuali primari saranno potenzialmente i più coinvolti dal cambiamento, e quindi potrebbero “remare contro”. Occorre lavorare ulteriormente sulla definizione del futuro ruolo professionale per gli attuali Primari.