

Assistenza infermieristica tra "High Care" e "Low Care": modelli per una possibile integrazione.

Nursing assistance between "High Care" and "Low Care": models for a possible integration

Rosalba Gallo, Infermiere, Master in Infermieristica di Area critica, Dipartimento di Emergenza e Accettazione, Università Cattolica del S. Cuore, Roma
Caterina Galletti, Coordinatore Didattico, Corso di Laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche, Prof. a contratto, Università Cattolica del S. Cuore, Roma
Maria Luisa Rega, Infermiere Coordinatore, Corso di Laurea specialistica in Scienze infermieristiche e ostetriche, Università Cattolica del S. Cuore, Roma

Riassunto

Introduzione: nel corso degli ultimi quindici anni è avvenuto un importante mutamento circa i bisogni assistenziali del cittadino. In tale contesto il ruolo dell'ospedale si è modificato tanto da affidare alla realtà territoriale parte di quell'attività assistenziale che un tempo era ad esso deputata.

Problema: oggi, in un'ottica di programmazione dei sistemi sanitari, occorre coniugare tali cambiamenti con la sostenibilità complessiva del sistema. A tal proposito, uno degli impegni prioritari dei servizi sanitari è la ricerca di sempre migliori soluzioni per incrementare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza degli interventi nonché la partecipazione del cittadino.

Discussione: il presente lavoro vuole testimoniare come sia possibile leggere in modo critico e costruttivo situazioni assistenziali che sembrano immutabili nel tempo e introdurre modelli organizzativi innovativi capaci di coniugare i nuovi bisogni di salute della persona all'evoluzione del sapere professionale e alle esigenze di sostenibilità del sistema sanitario. Attraverso una ricerca bibliografica sono proposti i risultati di esperienze condotte in alcune regioni italiane.

Conclusioni: il modello organizzativo della continuità assistenziale è in grado di agevolare la presa in carico dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti e condurli verso il sistema del post acuzie. L'obiettivo di integrare le due diverse aree del percorso sanitario (high care e low care) viene raggiunto attraverso la definizione di un progetto di cura personalizzato affidato a un'équipe multiprofessionale nella quale le diverse competenze si integrano. In sintesi, l'assistenza primaria (primary care) in quanto sistema articolato di professionalità singole o organizzate in unità operative e servizi, tra loro autonomi ma in rete, rappresenta la risposta più adeguata ai complessi bisogni di salute, per garantire integrazione, personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi.

Parole chiave: Continuità Assistenziale, High Care-Low Care, Intensità di Cure, Dimissione Protetta, Casa della Salute, Case Manager

Abstract

Introduction: in the course of last 15 years an important change occurred concerning the citizen's health needs. In this context the role of hospital has changed so much as it has assigned to the territorial reality part of that health care activity which one time was assigned to it.

Purpose: today, from the viewpoint of health systems programming, it's necessary combine these changes with the overall sustainability of the System. Concerning this, one of health services prior commitments is the research of better and better solutions to increase pertinence, effectiveness, efficiency of interventions, as well as citizen participation.

Discussion: the present work, presenting the experience of some organizational realities, wants to prove that is possible to read in a critical and constructive way health care situations which seem unchanging in the time, and to introduce innovative organizational models capable to combine the new health needs of the person with the evolution of professional knowledge and the demand of health service. Through a bibliographic research and the literature review, the results of researches conducted in some Italian regions are proposed.

Conclusions: the organizational model of welfare continuity is able to facilitate the taking charge of the hospitalized patients' care in acute wards and to lead them to the system of post-exacerbations. The aim of integrating two different areas of the health path (high care and low care) is reached through the definition of a personalized care project assigned to a multiprofessional team in which the different competencies integrate. Briefly, the primary care as an articulate system of individual or organized (in operative units and services, independents between them but in a network) professionalism, represents the more appropriate answer to the complex health problems, to guarantee the integration, personalization of paths and attention for the quality of life in all of her phases.

Key words: Continuity of Care, High Care-Low Care, Intensive Care, Protected Discharge, Case Manager

Introduzione

Nel corso degli ultimi quindici anni siamo stati spettatori ed attori di una continua evoluzione dei bisogni assistenziali dei cittadini. Tali bisogni socio-sanitari nascono da importanti mutamenti del contesto nazionale che di seguito vengono brevemente evidenziati.

1. Il processo d'invecchiamento, che interessa ormai quasi tutte le popolazioni, è stato in Italia e soprattutto in alcune regioni del Centro-Nord particolarmente rapido e marcato. Come è noto, esso consiste nell'aumento numerico o della quota della popolazione considerata anziana, di solito definita come la popolazione che ha superato il sessantacinquesimo compleanno, valutando l'aspetto econo-

REVISIONE

PERVENUTO 21/6/2011
ACCETTATO 11/8/2011

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE
ROSALBA GALLO, rosalsbagallo@virgilio.it

mico-lavorativo e lo stato di salute degli individui. Considerato che la popolazione con sessantacinque e più anni di età è quella attualmente più esposta al rischio di malattie gravi ed invalidanti ed a quello di morte, nella sfera sanitaria assistiamo ad un aumento delle malattie cronicodegenerative cui si associano comorbidità e relativa limitazione dell'autosufficienza, determinando anche un aumento delle malattie a forte implicazione psico-sociale.

2. La trasformazione delle famiglie, organizzate sempre meno in forma nucleare o con permanenza al loro interno di giovani in cerca di occupazione o con occupazioni precarie e un ampliamento della cultura dei diritti determinata dalla scolarizzazione di massa e dal benessere economico.
3. La progressiva diversificazione culturale dovuta a flussi immigratori in entrata che riguardano l'intero territorio nazionale, con aumento della popolazione. Gli indici esaminati evidenziano le tendenze emerse negli anni precedenti confermando la positività del saldo migratorio grazie soprattutto alla capacità attrattiva delle regioni del Centro-Nord.¹

In risposta ai mutati bisogni di salute dei cittadini, le istituzioni erogatrici di servizi sanitari stanno sviluppando un approccio organizzativo caratterizzato da innovazione scientifica ed aumento delle tecnologie complesse, a cui si affianca l'adeguamento clinico-organizzativo-gestionale, l'implementazione di *Mission* e *Vision* e modelli assistenziali di tipo globale e interdisciplinare. Di contro però i rilevanti vincoli economici determinati dall'obbligo al pareggio di bilancio e dalla limitazione nella disponibilità finanziaria delle regioni, rischiano di ostacolare le caratteristiche peculiari di efficacia, di appropriatezza e di efficienza delle prestazioni erogate in applicazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Per parlare di bisogno e risposta ai bisogni è necessario quindi considerare tutte quelle situazioni, non legate ad una singola condizione morbosa specifica ma che generano nella persona uno stato di difficoltà nell'espletamento delle normali attività quotidiane o nell'assicurarli un'esistenza dignitosa e decorosa.²

Problema

Secondo il Ministro Fazio sebbene nel SSN italiano, con un sistema complessivamente a bassa compartecipazione di spesa, vi siano numerose punte di eccellenza rispondenti ai bisogni sanitari dei cittadini, esso non viene percepito dagli utenti come un sistema di qualità. I punti critici sono legati alla difficoltà di accesso ai servizi, che determinano fenomeni di iper-afflusso al Pronto Soccorso, dalla complessità in termini di efficacia e chiarezza dei percorsi per l'attivazione della risposta assistenziale, in particolare per quanto attiene ai servizi territoriali e alla gestione trasparente delle liste di attesa. Il perdurare in alcune realtà della funzione centrale dell'ospedale nella risposta assistenziale e il conseguente maggior utilizzo inappropriato delle risorse in questo settore, non ha consentito e non consente lo sviluppo dell'assistenza in ambito territoriale, luogo di riferimento prioritario per la gestione dei quadri patologici cronicodegenerativi riferibili ad una fascia di utenza in crescita. Lo scarso collegamento funzionale tra la risposta territoriale e quella ospedaliera, causa non poche difficoltà per la gestione dei pazienti cronici con multipatologia³. La proposta di recenti ed innovativi modelli assistenziali basati sulla continuità assistenziale e sull'intensità di cure, nasce quindi dalle esigenze sopra citate, a cui si affiancano la diffusione di direttive legislative ed etiche adeguate ai mutati bisogni sanitari dei cittadini. Non a caso l'O.M.S. indica la continuità assistenziale quale indicatore sensibile del buon funzionamento dei sistemi sanitari, per tal motivo occorre realizzare percorsi assistenziali integrati, caratterizzati da collegamento, coordinamento, comunicazione ed interdipendenza tra le organizzazioni ed i servizi ospedalieri e la fitta rete di strutture e servizi presenti sul territorio.⁴ In questo lavoro verranno esaminati alcuni modelli e strumenti la cui applicazione consente di supportare lo sviluppo di azioni coerenti per realizzare operativamente la continuità assistenziale e lo sviluppo della *primary care*. Questa ultima è il complesso delle attività e delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie dirette alla prevenzione, al trattamento delle malattie, degli incidenti di più larga diffusione e di minore gravità e delle malattie e disabilità ad andamento cronico, quando non necessitano

di prestazioni specialistiche di particolare complessità clinica e tecnologica che rimangono di competenza dell'ospedale.⁵

Il "Modello a chiocciola per la *primary care*" (Figura 1) raffigura la modalità con cui gli Autori del presente articolo hanno voluto rappresentare il passaggio da un sistema sanitario "ospedale-centrico" a un sistema in cui le strutture ospedaliere conservano le loro peculiarità di luoghi di cura per gli aspetti intensivi e di acuzie ma, utilizzando strumenti gestionali di "nuova generazione", possono raccordarsi e avvalersi di strutture assistenziali complementari per tutto ciò che riguarda la prevenzione (secondaria e terziaria), la riabilitazione e l'assistenza nelle cronicità.

Figura 1. Modello a chiocciola per la *primary care*



Il Modello proposto è composto da elementi tra loro interconnessi e che necessitano di modulazioni e rimodulazioni continue in rapporto non gerarchico ma funzionale e di gravità/appropriatezza per dare risposte ai bisogni di salute dei cittadini. Il Modello non è statico e il consolidarsi di sperimentazioni organizzative consentirà di aggiungere nuove "losanghe" alla chiocciola. Infatti, l'importante sfida che l'organizzazione del servizio sanitario ha lanciato è conservare il nucleo primitivo dell'assistenza ospedaliera passando da un luogo polifunzionale e generalista a un centro *high care* in cui vi sia alta specializzazione ma anche integrazione con la medicina del territorio.

Discussione

L'intensità: il caso delle "Aziende Ospedaliere"

L'intensità di cure ha come idea centra-

le quella di creare un valore aggiunto eliminando gli sprechi, secondo i moderni concetti di efficacia ed efficienza del management sanitario. Il modello ospedaliero ad alta tecnologia e per intensità di cure va ovviamente inquadrato nello scenario attuale, per garantire terapie complesse ed alte tecnologie in ambito ospedaliero, mentre in altre strutture territoriali vanno potenziate diagnosi, prevenzione, controlli e gestione di condizioni croniche. Appare ovvio che uno dei presupposti per l'efficacia del nuovo modello è la creazione di filtri territoriali che permettano di adottare la soluzione più appropriata ai bisogni del paziente evitando gli accessi impropri in ospedale.^{6,7}

Predisporre un'organizzazione per intensità di cure, prevede la formulazione di schemi d'ammissione diversi da quelli oggi esistenti nella maggior parte degli ospedali. Generalmente, fatta eccezione per i ricoveri programmati, il primo accesso alla struttura sanitaria avviene tramite il Pronto soccorso, che diviene il vero e proprio filtro per stabilire l'intensità di cure e la complessità assistenziale, fattori determinanti nella scelta dell'U.O. di degenza più appropriata ai bisogni dell'utente.

Negli ospedali dove l'intensità di cura è implementata, si distinguono tre livelli di intensità in relazione alle caratteristiche tecnologiche presenti, quantità e qualità delle competenze dell'équipe multidisciplinare:

- **alta intensità** (high care), comprendente rianimazione e le terapie intensive;
- **media intensità** rappresentata da UU.OO. con ricoveri ordinari, ricoveri brevi e con sezioni di terapia sub-intensiva;
- **bassa intensità** (low care) raffigurata da lungodegenze, post-accuzie, RSA, riabilitazione, week-hospital.

Un quarto livello comprendente l'*intensità di cura minima* è riservata a strutture non ospedaliere come ad esempio i Presidi di Prossimità Territoriale (di cui si parlerà più avanti).

La realtà italiana ha dovuto confrontarsi ed adattarsi nelle varie realtà regionali e le esperienze concrete di ospedali gestiti per intensità di cura sono alquanto limitate e tuttora in fase di progettazione e di studio.

Sul territorio nazionale, vi sono iniziati-

ve per la progettazione di nuove strutture o la riorganizzazione di quelle esistenti seguendo un'organizzazione per intensità di cure, di seguito vengono riportate alcune esperienze significative. A Forlì in Emilia Romagna è stato costruito, accanto all'Ospedale sede di un DEA di 2° livello con piattaforma per l'elisoccorso, un edificio pensato per un percorso per intensità di cure.

Nella nuova struttura, che rappresenta il polo di riferimento per il territorio dell'Area Vasta Romagna, viene svolta attività assistenziale sia di alta sia di bassa complessità. Il padiglione Morgagni (costruito nel 2004, uno dei 4 che compongono l'ospedale) costituisce l'area del presidio dedicata all'alta intensità di cura. È composto da due piastre, di cui una con degenza per l'assistenza ad alta intensità di cura ed un'altra sede dell'attività specialistica ambulatoriale. Negli altri padiglioni si svolgono prevalentemente attività a bassa complessità assistenziale.

Secondo il concetto dei percorsi per intensità di cure, vi è la differenziazione dei percorsi diagnostico-terapeutici dei pazienti acuti dai non acuti, in modo da assicurare la massima interdisciplinarietà dello stesso. Ai pazienti acuti è dedicato un percorso specifico ad elevato contenuto tecnologico e professionale; ai pazienti non acuti invece un percorso assistenziale con un più consistente supporto riabilitativo e, quando necessario, anche sociale. In questo tipo di organizzazione avviene il superamento del concetto di singola unità operativa, ed è facilitata una maggiore concentrazione sul percorso del paziente e l'integrazione professionale.^{8,9}

In Toscana, a Firenze, all'Ospedale pediatrico Meyer la distribuzione funzionale delle diverse aree della struttura è basata sull'intensità di cura e realizzata mediante un'attenta valutazione e programmazione spaziale dei percorsi assistenziali e dell'intensità delle prestazioni che devono essere erogate. Passando dalle aree più esterne a quelle più interne della struttura viene ad aumentare l'intensità di cura e nello stesso tempo si ha una suddivisione dei percorsi in base alla tipologia di pazienti (ambulatoriali, attività programmata, degenti, urgenze), evitando commistioni dei flussi e confusione.¹⁰

In Lombardia nell'Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti di Bergamo, dopo aver approfondito le varie problematiche e

dopo una serie di valutazioni inerente l'utenza ed i suoi bisogni, le risorse materiali, umane e tecnologiche è stato intrapreso un processo di riorganizzazione dei percorsi assistenziali per intensità di cure.¹¹

Secondo il dott. Angelo Cordone direttore sanitario dell'Ospedale di Legnano il passaggio al modello per intensità di cura è una necessità cui sempre più le realtà ospedaliere dovranno aderire nel prossimo futuro. *"L'Azienda Ospedaliera di Legnano, peraltro, da tempo ha deciso di sviluppare la sua organizzazione verso una forte impronta dipartimentale, sulla quale si può con fiducia basare l'ulteriore evoluzione verso l'intensità di cura. Lo stimolo ad aderire al nuovo modello che, in pieno accordo con le volontà di sviluppo regionali, è pensato nell'ottica della centralità del paziente e nasce dalla consapevolezza di quella che è la nostra realtà organizzativa esistente che necessariamente richiede una attenta rivisitazione in tutti i suoi aspetti. L'implementazione del nuovo modello è perseguito con l'apporto di tutti i nostri operatori che, a seguito di interventi formativi ad hoc per l'acquisizione dei modelli teorici di intensità di cura, hanno collaborato alla definizione dei passaggi necessari verso la nuova organizzazione, con la consapevolezza che l'obiettivo definitivo del modello spinto di intensità di cura verrà raggiunto per step, il primo prevede il rafforzamento dell'organizzazione per aree omogenee."*¹²

L'integrazione: il caso del "Case Management"

La *case management* è un sistema di erogazione dell'assistenza al cittadino. Esso si pone come obiettivo la riduzione dei costi e dei tempi di degenza ma si propone anche di migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'assistenza sanitaria, durante tutto l'evento patologico e in qualunque struttura. La metodologia di tale sistema si basa sul coordinamento e l'utilizzo di risorse adeguate, sull'appropriatezza degli interventi e sul monitoraggio dei risultati raggiunti.

L'orientamento è di creare un cambiamento nel comportamento negli operatori, al fine di prendere decisioni più consone e ridurre le erogazioni di servizi inappropriati, prediligendo invece la scelta di interventi pertinenti, opportuni

ed efficaci. In ambito ospedaliero il Case Manager, può essere individuato nel medico e nell'infermiere esperto dell'U.O.

Per lo sviluppo di questi comportamenti è necessario avvalersi di veri e propri Piani di Azione Multidisciplinari (MAP) e/o di Clinical Pathways (CPs). In particolare modo questi ultimi enfatizzano il coordinamento delle attività clinico-assistenziali e la cura giusta al momento giusto, in un'ottica di gestione multidisciplinare.^{13, 14}

In ambito territoriale il Case Manager può essere identificato nella figura del Medico di Medicina Generale e nell'Infermiere di Famiglia. Tali figure sono estremamente utili in quanto la loro funzione è in grado di coordinare il percorso clinico-assistenziale mediante una serie di contatti con strutture e figure assistenziali sia territoriali che ospedaliere a varia intensità di cure.¹⁵ Purtroppo ad oggi in Italia il ruolo della figura dell'Infermiere di Famiglia, nonostante la dettagliata descrizione enunciata dall'OMS nel 1999 dal documento "Salute 21" e le già esistenti realtà internazionali (Stati Uniti, Regno Unito, Romania, Slovenia, Botswana) con specifica formazione in alcune realtà, non è stato ancora recepito in tutta la sua totalità e potenzialità, sia da parte della cittadinanza, che dagli stessi operatori sanitari.

L'Infermiere di Famiglia rappresenta una figura in grado di svolgere sul territorio attività di educazione, assistenza, formazione, consulenza e ricerca.

Rappresenta un'area di alta specializzazione professionale in grado di potenziare l'integrazione tra i servizi ospedalieri e l'assistenza sanitaria di base con collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale, non solo sanitari ma anche sociali, in grado di favorire dimissioni protette, in particolari casi che richiedono maggiore attenzione (cronicità, maternità, disabilità).¹⁶

L'ottimizzatore dei percorsi: il caso del "Gestore dei percorsi assistenziali"

Questa competenza descrive un valore aggiunto ai modelli assistenziali per intensità di cure e continuità assistenziale. Tale funzione può essere svolta anche dal personale infermieristico, a proposito delle informazioni fornite dal personale medico, garantendo così la corretta gestione dei posti letto.¹⁷

L'adeguata gestione dei posti letto dell'ospedale può avere un impatto positivo ed efficace sulla produttività del Pronto Soccorso ed ha un effetto positivo sulla sicurezza e sulla soddisfazione dei pazienti.¹⁸ Nasce come risposta all'esigenza di "garantire l'assegnazione del reparto più idoneo riguardo alle esigenze e criticità assistenziali dell'utente". L'*overcrowding* rappresenta un problema emergente nelle U.O. di Pronto Soccorso di tutto il territorio nazionale. La figura di coordinamento e gestione dei posti letto, può essere un valido supporto per gli operatori di Pronto Soccorso, favorendo una sosta limitata dei pazienti al minimo indispensabile all'interno delle strutture di emergenza-urgenza, riducendo anche la deviazione delle ambulanze a causa della congestione dello stesso.¹⁹

Il *bed manager* quale figura preposta alla gestione dei posti letto è già presente e consolidata in numerosi ospedali degli Stati Uniti, Inglesi e Canadesi con provata efficacia. Anche in Italia iniziano ad esserci le prime esperienze come al Meyer di Firenze ed al S. Orsola di Malpighi di Bologna in cui l'infermiere rappresenta il regista della gestione e locazione dei posti letto sia ordinari che urgenti.²⁰ La corretta gestione dei posti letto, ovviamente non prevede il coinvolgimento delle sole strutture di emergenza e delle costose terapie intensive che tra l'altro non sempre riescono a rispondere al fabbisogno dell'utenza,²¹ ma anche quelle Unità Operative. In cui è previsto il ricovero in elezione. Tale attività rappresenta un aspetto importante e fondamentale che implica una pianificazione e gestione giornaliera ed un efficace ed efficiente impiego delle risorse disponibili della struttura ospedaliera. In tale ambiente la comunicazione tra il personale medico, quello infermieristico ed il professionista che si occupa della gestione dei posti letto appare di vitale importanza.

L'informatizzazione delle comunicazioni può facilitare ulteriormente tale procedura, permettendo di conoscere in tempo reale i vari spostamenti dei malati all'interno delle varie unità di degenza, garantendo un valido supporto all'équipe multidisciplinare che si occupa del percorso clinico assistenziale dell'utente.^{22,23}

La dimissione: il caso della "Dimissione protetta"

La dimissione rappresenta il nodo cruciale per la buona riuscita di ogni percorso assistenziale. Il processo di deospedalizzazione che ha coinvolto anche il nostro Paese, ha determinato una condizione in cui la continuità assistenziale assume una funzione decisiva nella dimissione dei pazienti cosiddetti "fragili". In questi casi la *dimissione protetta* è di norma pianificata al termine di un periodo di ricovero finalizzato alla diagnosi e alla cura della malattia e all'assistenza della persona malata. Frequentemente i pazienti assistiti nelle realtà ospedaliere non ottengono dal ricovero una completa guarigione sia per la natura stessa della malattia che per il suo andamento. Altri pazienti definiti "fragili" non riescono a ripristinare lo stato di benessere o di autosufficienza che avevano prima del ricovero. Il domicilio è considerato il luogo privilegiato dove, la persona può curarsi e recuperare in modo totale o parziale l'autosufficienza. Anche nei casi in cui la malattia provoca una cronicizzazione e la perdita totale o parziale dell'autonomia, le cure domiciliari rappresentano sempre un forte stimolo e sostegno al superamento della malattia e al massimo recupero delle proprie potenzialità. Sebbene le cure a domicilio dopo la dimissione rappresentino un'opportunità importante per il recupero della salute, il passaggio stesso dall'assistenza ospedaliera (h 24) a quella domiciliare rappresenta una fase di difficile gestione che può mettere il paziente e la famiglia stessa davanti a gravi disagi e difficoltà. La dimissione protetta ed il trasferimento di un paziente presso una struttura territoriale rappresenta un momento denso di rischi e per tal motivo la sua pianificazione deve avvenire seguendo delle Linee Guida accurate che prendono in considerazione l'appropriatezza della dimissione, l'identificazione dei fattori di rischio, la comunicazione bidirezionale (ospedale-territorio) sulle condizioni clinico-assistenziali, il consenso e la preparazione del paziente e dei familiari, l'informazione e raccordo con il Medico di Medicina Generale. L'attenzione nel curare gli aspetti sopra citati consente di programmare una dimissione adeguata evitando i rischi in cui frequentemente si incorre quali il ricorso al Pronto Soccorso ed il rientro

nella struttura ospedaliera dopo pochi giorni dalla dimissione.²⁴

La "dimissione protetta", quindi, non va intesa come "dimissione precoce" bensì come sistema di comunicazione ed integrazione tra l'équipe ospedaliera e quella territoriale al fine di garantire la presa in carico e la continuità assistenziale.^{25,26}

La medicina del territorio: il caso della Casa della Salute o Presidio Territoriale di Prossimità

La Casa della Salute rappresenta un insieme di attività integrate ed organizzate in specifiche aree di interventi, con le finalità di decongestione rapida nel post acuzie, ottimizzazione del tasso di occupazione dei posti letto per acuti, contenimento di ricoveri inappropriati e degli accessi al Pronto Soccorso, continuità assistenziale nel post-acuzie.^{27,28}

Riproduce un progetto per garantire continuità assistenziale ed integrazione, l'obiettivo viene perseguito mediante la presenza di strutture polifunzionali in cui operano medici di medicina generale (MMG), pediatri di libera scelta (PLS), infermieri ed altri operatori integrandosi fianco a fianco per erogare un'assistenza continua nelle 24 ore tutti i giorni della settimana.²⁹ L'istituzione della Casa della Salute, ideata dall'On. Livia Turco, consente al MMG e all'Infermiere di Famiglia di collaborare con altri operatori socio-sanitari nel raggiungimento di obiettivi comuni, lavorando a stretto contatto anche con i cittadini.

Il compito di coordinare le attività della Casa della Salute può essere svolto dall'Infermiere di Famiglia che può consentire "alla persona giusta di ricevere la cura adeguata al momento giusto" superando la frammentarietà delle risposte assistenziali. All'interno della Casa della Salute, le figure infermieristiche sono l'ideale per svolgere il ruolo del Case Manager, perché hanno una visione complessiva dell'assistito, specifica, ma, non specialistica, sono attenti ai più fini dettagli delle persone che curano ed eccellono nell'assistenza diretta.³⁰

In varie regioni queste iniziative nascono dall'esigenza di costruire una sanità più vicina al cittadino e dare delle risposte che non sempre possono essere date nelle strutture ospedaliere.³¹

Il Modello a chiocciola qui presentato per funzionare necessita dell'utilizzo di

adeguati strumenti di comunicazione. In un sistema sanitario che negli ultimi anni è stato investito da profondi cambiamenti, comunicare è diventato un ulteriore punto fondamentale in ogni percorso clinico-assistenziale.

La consapevolezza dei cambiamenti rende cosciente l'équipe multidisciplinare territoriale ed ospedaliera della necessità di una riorganizzazione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA). L'integrazione tra l'assistenza sanitaria primaria e quella ospedaliera è necessaria per garantire continuità ed appropriatezza. La condivisione delle informazioni secondo modalità bidirezionali permette di ricevere numerose informazioni sui propri assistiti.³²

La condivisione delle informazioni tra le diverse componenti della rete assistenziale sia ospedaliera che territoriale, ad esempio è fondamentale per poter pianificare la dimissione della persona fragile. Un'assistenza per percorsi, connotata dall'avvicinarsi di passaggi attraverso *setting* assistenziali differenti per tipologia, intensità e complessità, esige una documentazione adeguata anche in un'ottica di Sicurezza del Paziente.

Un valido esempio è rappresentato dal manuale di accreditamento della *Joint Commission International* nel quale si afferma che "un Ospedale deve considerare le prestazioni erogate come parte di un sistema integrato di servizi, professionisti sanitari e livelli di assistenza che, insieme, creano continuità nell'assistenza sanitaria". L'obiettivo finale del modello basato sulla continuità assistenziale è di prendersi cura delle persone fragili, attraverso un approccio olistico, che tiene conto non solo di aspetti clinici, ma anche socio-ambientali e orienta gli interventi alla realizzazione della massima capacità funzionale e della miglior qualità di vita.³³ Questa affermazione appare ancor più vera se si vuol garantire continuità assistenziale nei Pronto Soccorso e tra le U.O. *high care* e *low care*, oppure tra le strutture ospedaliere ed il territorio.

Come riferimento a quanto sopra citato, in molte regioni italiane sono in corso numerosi progetti favorevoli i processi di comunicazione tra il territorio e le strutture ospedaliere mediante la creazione di una piattaforma informatica. Grazie a piattaforme di interoperabilità è possibile acquisire le informazioni cliniche necessarie sia al triage, sia da parte del

medico di Pronto Soccorso, con ottimizzazione dei tempi di compilazione delle schede di triage e riduzione del rischio clinico. Mediante l'integrazione tra il software di Pronto Soccorso e la Piattaforma di Interoperabilità Territoriale è possibile uno scambio bidirezionale in tempo reale tra tutti gli operatori del sistema sanitario assistenziale.

L'integrazione con i MMG può garantire la pronta disponibilità dei dati clinici essenziali completamente integrati con il software di Pronto Soccorso e dare una rappresentazione immediata del paziente (Patient Summary).

L'integrazione con strutture ad alta complessità che trattano pazienti che ricorrono con frequenza al PS per il tramite della Scheda Sanitaria Specializzata Individuale.

L'*Information and Communication Technology* (ICT), rappresentano un complesso di scienze, metodologie, tecniche e strumenti di supporto in grado di rendere disponibili al Pronto Soccorso alcune agende ambulatoriali privilegiate ed ai sistemi ambulatoriali la visibilità sulle informazioni raccolte in Pronto Soccorso, ciò consente mediante un collegamento informativo con i MMG per notificare in tempo reale i percorsi assistenziali alternativi.³⁴

L'ICT rappresenta la nuova sfida dell'informatica sanitaria, fino ad ora abituata a dare risposte complete per la gestione di singoli servizi/processi, ma che da tempo è chiamata a dare supporto a modelli organizzativi molto più complessi. Modelli organizzativi caratterizzati dalla necessità di intercambiare, integrare, gestire e monitorare contemporaneamente più processi.

In Lombardia è nato il Progetto Carta Regionale dei Servizi - Sistema Informativo Socio-Sanitario che rappresenta un passo importante basato su modalità innovative di comunicazione e cooperazione tra medici, operatori e cittadini.

Ancora in Abruzzo è stato presentato a Pescara il progetto "Rete dei medici di Medicina generale della Regione Abruzzo", sviluppato da Dedalus e Telecom Italia con l'Agenzia regionale per l'informatica e la telematica. L'obiettivo è avviare il processo di messa in rete della sanità regionale per dare un decisivo impulso alla collaborazione e interoperabilità tra Medici di Medicina Generale e presidi sanitari sul territorio.

Ulteriori progetti sull'uso di piattaforme interoperabili sono in realizzazione anche in altre regioni, Emilia-Romagna, Val d'Aosta, Trento, Toscana e Friuli.^{35,36,37}

Conclusioni

Premessa essenziale per il buon funzionamento dei modelli basati sulla continuità e sull'intensità di cure è l'ottimizzazione dell'offerta territoriale, la presenza di strutture ospedaliere organizzate per intensità di cure "aperte al territorio" ed infine la creazione di filtri territoriali al fine di adottare soluzioni appropriate ai bisogni dell'utente, evitando così accessi impropri nelle strutture ospedaliere.

I vantaggi dei modelli basati sull'assistenza per intensità di cure e continuità assistenziale sono rappresentati dalla centralità dell'utente con relativa ridotta frammentazione del percorso di cure, dal riferimento costante per l'utente e familiari con conseguente riduzione dell'incertezza sul percorso assistenziale, dalla possibilità di presa in carico non solo rispetto alla patologia, ma anche in relazione alle problematiche che ruotano intorno ad essa, dal ricorso alla degenza limitata ai casi e per le giornate giustificate dall'acuzie e dal carico assistenziale, dalla possibilità di confronto-colloquio-integrazione multi professionale e dall'ottimizzazione della comunicazione tra territorio e strutture ospedaliere sui trattamenti erogati ai pazienti.

La professione infermieristica da sempre pone un'attenzione continua e pronta per interpretare i bisogni della persona, garantendo risposte assistenziali competenti appropriate e di qualità. Questo comporta necessariamente l'implementazione di metodologie rigorose e l'adozione di modelli organizzativi assistenziali che consentano agli infermieri di fornire prestazioni professionali adeguate alle mutate esigenze, sia dell'organizzazione sanitaria, che degli utenti.³⁸

I numerosi progetti presentati, rappresentano l'avvio di processi della gestione, profondamente integrati che presumono modelli assistenziali mirati ad approfondire il livello di comprensione e di lettura dei bisogni della persona, coordinando ed organizzando risposte soddisfacenti, in una logica di presa in carico multidisciplinare della persona, poiché una buona salute non può esse-

re considerata un esito di cui dispone una singola professionalità. Il modello organizzativo della continuità assistenziale è in grado di agevolare la presa in carico dei pazienti ricoverati nei reparti per acuti e condurli verso il sistema del post acuzie. L'obiettivo di integrare le due diverse aree del percorso sanitario (*High Care* e *Low Care*) è raggiunto attraverso la definizione di un progetto di cura personalizzato affidato a un'équipe multiprofessionale nella quale le diverse competenze si integrano. In sintesi, l'assistenza primaria (*primary care*) in quanto sistema articolato di professionalità singole o organizzate in unità operative e servizi, tra loro autonomi ma in rete, rappresenta la risposta più adeguata ai complessi bisogni di salute, per garantire integrazione, personalizzazione dei percorsi e attenzione per la qualità della vita in tutte le sue fasi. Oggi, in un'ottica di programmazione dei sistemi sanitari, occorre coniugare tali cambiamenti con la sostenibilità complessiva del sistema.³⁹ A tal proposito, uno degli impegni prioritari dei servizi sanitari è la ricerca di sempre migliori soluzioni per incrementare l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza degli interventi nonché la partecipazione del cittadino.

Bibliografia

1. Osservatorio Nazionale sulla salute nelle regioni italiane. *Rapporto Osservasalute 2010. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Sintesi a cura di Tiziana Sabeta.
2. Sintesi della Relazione sullo stato sanitario del Paese 2005-2006. *Italiani in salute sempre più longevi*. Panorama della Sanità, Aprile 2008; 13: 22-23.
3. Ministro F. Fazio. *Conferenza Stato-Regioni. Documento preliminare informativo sui contenuti del Nuovo Piano Sanitario Nazionale 2010-2012*. 2010.
4. OMS Primary Health Care. *Now More Than Ever*. Rapporto 2008.
5. TARDIVO S, PASQUALETTO C, VERONESE S, FERMAN T, ROMANO G. *La medicina generale ed il suo ruolo nella continuità assistenziale*. Rapporto Osservatorio salute 2007. Prex ed., Milano 2007: 393-397
6. FACCENDA G, CANONICI C. *Nuovi modelli organizzativi per processi: l'ospedale per intensità di cure*. L'ospedale, 2007; 2: 12-14.
7. PIGNATTO A, REGAZZO C, TIBERI P. *Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera*. AGORA, Gennaio-Marzo 2010; 44: 13-15.
8. FIORE MP, SCARMOZZINO A, BERTETTO O. *Ospedali di insegnamento e ricerca: esempi di eccellenza*. Regione Piemonte Aress. Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari. Ed. Politeia Torino 2009, pag. 217-238.
9. TAGLIONI M. *La personalizzazione dell'assistenza infermieristica*. Atti del convegno internazionale: un ospedale High Care. Forlì 2003.
10. FIORE MP, SCARMOZZINO A., BERTETTO O. *Ospedali di insegnamento e ricerca: esempi di eccellenza*. Regione Piemonte Aress. Agenzia Regionale per i Servizi Sanitari. Ed. Politeia Torino 2009, pag. 239-263.
11. CESA S. *Il modello assistenziale per intensità di cure nel Nuovo Ospedale: aspetti teorici e applicativi*. Atti del Convegno " Il modello assistenziale per intensità di cure nel Nuovo Ospedale: aspetti teorici e applicativi". Bergamo, 4 Febbraio 2010. pag.136-41.
12. CORDONE A. *Modelli organizzativi per intensità di cure e complessità assistenziale*. Atti del Convegno " Il modello assistenziale per intensità di cure nel Nuovo Ospedale: aspetti teorici e applicativi". Bergamo, 4 Febbraio 2010, pag.119-20.
13. CHIARI P, SANTULLO A. *L'infermiere Case Manager*. McGraw-Hill, Milano, 2001.
14. SANTULLO A. *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. McGraw-Hill, Milano, 2004.
15. BARELLI P, PALLAORO G, PERLI S, STRIMMER S, ZATTONI ML. *Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza infermieristica e ricerca*. 2006;1 (25): 35-41.
16. FRIZZA S, BENVENUTI AL. *L'Infermiere di Famiglia: l'eccellenza nelle "Primary Care" del prossimo futuro*. Professione Infermiere Umbria, inserto staccabile. 2007; 4: 1-12.
17. PROUDLOVE NC, BOARDEN R, JORGENSEN J. *Developing bed managers: the why and the how*. J Nurs Manag. 2007 Jan; 15(1):34-42.
18. HOWELL E, BESSMAN E, MARSHALL R, WRIGHT S. *Hospitalist bed management effecting throughput from the emergency department to the intensive care unit*. J Crit Care. 2010 Jun; 25(2):184-9.
19. HOWELL E, BESSMAN E, KRAVET S, KOLODNER K, MARSHALL R, WRIGHT S. *Active bed management by hospitalists and emergency department throughput*. Ann Intern Med. 2008 Dec 2; 149(11):804-11.
20. MANGIACAVALLI B. *Un'organizzazione con al centro le persone: le criticità odierne le prospettive del futuro*. Atti del Convegno "Quale organizzazione per quale assistenza": pratiche agite, pratiche possibili. Torino 13 Dicembre 2010.
21. HUANG DT. *Clinical review: impact of emergency department care on intensive care unit costs*. Crit Care. 2004; 8(6): 498-502.
22. PROUDLOVE NC, GORDON K, BOADEN R. *Can good bed management solve the overcrowding in accident and emergency*

- department? Emerg. Med. J. 2003; 20 (2):149-155.
23. BOURN J. *NHS Executive: Inpatient Admission and bed management in NHS acute hospitals*. National Audit Office Press Notice. London
 24. Protocollo d'intesa A.S.L. Lodi, Azienda Ospedaliera di Lodi, Medici Medicina Generale. *Dimissioni protette e continuità di cura*. Allegato 1 deliberazione n°30 del 25 Febbraio 2008.
 25. PLETTI L, PELLIZZARI M. *Ruolo e responsabilità del medico nella rete dei servizi assistenziali territoriali: La collaborazione con gli altri operatori coinvolti nell'assistenza domiciliare*. Argomenti di Medicina Sociale, 2000; 3-4: 125-140.
 26. GOBBI P. *La dimissione protetta: uno strumento di continuità assistenziale*. Management infermieristico, 2008; 2: 19-23.
 27. Ministero della Salute. Incontro Nazionale "La casa della Salute". Roma, 1 Marzo 2007.
 28. COLANGELO R. *Dal Progetto sperimentale dei "punti della salute" alla rete integrata dei servizi territoriali*. Incontro Nazionale. Roma, 22 Marzo 2007.
 29. TURCO, L. *Un new deal della salute-Linee del programma di Governo per la promozione ed equità della salute dei cittadini*. Ministero della Salute, 2006.
 30. ZANDER K. *Managed Care within acute setting: design and implementation via nursing case management*. Health care super. 1998; 2: 27-43.
 31. CARBONI L. *Nella Casa della Salute. Unità operativa di degenza ad alta intensità assistenziale infermieristica*. ASL RM G. Roma, 21 Maggio 2009.
 32. FAVARETTI C. *L'informatizzazione per migliorare la continuità assistenziale*. APSS Notizie, 2007; Anno 6:3.
 33. MARTINELLI A. *La Continuità assistenziale tra ospedale Valduce e ASL di Como*. AGORA' Aprile-Giugno 2010; 45: 43-46.
 34. Rivista "Tecnica Ospedaliera" n° 7" - Luglio 2010. www.dedalus.eu/news-archivio.cfm?tipo=01&id=95 [ultimo accesso marzo 2011].
 35. MORETTI G, CECCHERINI S. *Modelli di triage, strumenti informatici e standardizzazione*. 1° Congresso Nazionale di Triage. Lazio Sanità A.S.P. Regione Lazio - Università Sapienza 11 Giugno 2010.
 36. SARTORI L. *Integrazione informatica per i medici di medicina generale*. APSS Notizie, Anno 6: 3; 2007.
 37. NALDINI L, ROSSI M, TARDIVO S. *La comunicazione fra servizi per la continuità assistenziale ospedale territorio*. Esseditrice, Roma, 2006: pag.135-54.
 38. Novi V. *Modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica, nel territorio, ed extra territorio, che integrano l'intensità di cure e la complessità assistenziale*.

30° Congresso Nazionale Aniarti

Roma, 16-17-18 novembre 2011 - Hotel Ergife

Infermieri, area critica e le sfide dell'economia



L'assistenza fra tecnologie, esigenze, organizzazione, responsabilità. Una funzione sociale da rivalorizzare per un progresso innovativo. 30'anni di contributo Aniarti

Obiettivi del congresso:

- esaminare le caratteristiche assunte oggi dall'economia e le alterazioni indotte dalla finanza globalizzata;
- descrivere i meccanismi di condizionamento dell'economia sull'evoluzione e sull'efficacia dei sistemi di protezione della salute sia dell'adulto che del neonato/bambino;
- indicare percorsi per garantire la sostenibilità del servizio pubblico per la salute;
- esaminare l'influenza dell'economia sul lavoro degli operatori della salute e sui problemi ed i quesiti di natura etica e le soluzioni praticabili;
- presentare il servizio per la salute - con particolare riferimento all'assistenza - come non un costo ma un investimento anche per l'economia di una comunità;
- ideare iniziative per favorire una reale consapevolezza dei cittadini in merito alla consistenza ed urgenza dei problemi della salute ed alle conseguenti scelte di politica sanitaria.

Presentazione

Il congresso Aniarti 2011 affronta il problema dell'economia e le sue implicanze per l'assistenza infermieristica, uno fra i servizi più compromessi dalla riduzione delle risorse per la crisi di un sistema economico e di mercato, che ha deluso le sue illusorie promesse.

Gli infermieri, pur colpiti direttamente, rappresentano la consapevolezza delle società sulle priorità reali.

Il programma offre contributi originali di esperti sui temi economici applicati ai contesti sanitari, oltre cento esempi di assistenza infermieristica letti in chiave economica; una serie di 7 eventi speciali (ECM), di cui uno in collaborazione con la Federazione IPASVI, sull'evoluzione delle competenze infermieristiche e le questioni di confine con i medici; la sessione poster (premio) e la mostra scientifica.

Non mancherà il valore aggiunto dai partecipanti con la consueta ricchezza dei dibattiti.

L'Aniarti celebra i 30'anni con una sfida per migliorare il patrimonio dell'assistenza. Da non perdere.

Tutte le informazioni ed il programma completo su: www.aniarti.it
Iscrizioni solo on-line

Segreteria organizzativa: tel. 055 434677 - cell. 340 4045367