



Disponibile online all'indirizzo www.sciencedirect.com

SciVerse ScienceDirect

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



RASSEGNA

Organizzazione dell'ospedale per intensità di cure: gli errori da evitare^{☆,☆☆}

Hospital organization based on intensity of care: potential errors to avoid,

Roberto Nardi^{a,*}, Vincenzo Arienti^b, Carlo Nozzoli^c, Antonino Mazzone^d

^a UOC Medicina Interna C, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

^b UOC Medicina Interna A, Ospedale Maggiore, Azienda USL di Bologna

^c UOC Medicina Interna, Azienda Ospedaliera Careggi, Firenze

^d UOC Medicina Interna, Ospedale Civile di Legnano, Milano

Ricevuto il 26 aprile 2011; accettato il 5 maggio 2011

Disponibile online il 6 settembre 2011

KEYWORDS

Differentiated intensity of hospital care;
Internal medicine;
Hospital management.

Summary

Introduction: The extreme variability of clinical severity in medical admitted patients is diluted in a "average" standard of care, that may be stronger than the real needs for someone, but clearly inadequate, sometimes even dangerous, for other ones, critically ill.

Discussion: The model of a differentiated **intensity of hospital care** can be defined as the organizational model structured to areas/sectors dedicated to patients with homogeneous needs of care. The intermediate care unit ("High dependency units", "sub-intensive care areas" – "high care units") are particularly suitable for patients who have a lower risk compared to patients treated in intensive care, but liable to develop complications and needing a close monitoring much more than the "standard", "routine" care. The implementation of the a new organizational model must be careful and consider the possible enlargement errors that can be made. The analysis of the context is necessary for assess prerequisites, excluding the elements opposed to the success of the proposed model (i.e.: wards congestion and overcrowding, with a consequential with increased risk of adverse events). Before implementing and admitting patients in new "models", we have to define the epidemiological population characteristics, their level of complexity/criticality/instability and the current assessment tools.

[☆] In questo numero dell'*Italian Journal of Medicine* viene pubblicato il lavoro di Chesi et al. relativo all'indagine effettuata in Emilia Romagna.

^{☆☆} Con il supporto, per l'analisi SWOT, di: G. Iosa G (Direttore UOC Medicina Interna di Cesenatico, AUSL di Cesena), M. Ongari (Direttore UOC Medicina Interna di Porretta Terme-Vergato, AUSL di Bologna), V. Valmori (Direttore Sanitario Ospedale di Cesena, AUSL di Cesena), M. Paciotti (Coordinatrice Infermieristica UOC Medicina Interna B, Ospedale Maggiore, AUSL di Bologna), B. Guadi (Coordinatrice Infermieristica UOC Medicina Interna C, Ospedale Maggiore, AUSL di Bologna), E. Di Ruscio (Responsabile Servizio Presidi Ospedalieri, Assessorato Politiche per la Salute, Regione Emilia-Romagna), K. Petropoulakos (Direttore Generale AUSL di Forlì).

* Corrispondenza: Medicina Interna, Ospedale Maggiore, Largo B. Nigrisoli 2 – 40100 Bologna.

E-mail: r.nardi@ausl.bo.it (R. Nardi).

Conclusions: Any new proposal of hospital management change has, as first obligation, to explicit the basic visions and primary goals for “the added value” resulting to the patient and the whole organization, with the evidence of an “health technology assessment” approach, for the professional hospital overall governance. But without the presumption, or worse, the apodictic assertion, to proclaim the implementation of structures with “differentiated intensity of hospital care” organizations that are not.

© 2011 Elsevier Srl. All rights reserved.

I veri padroni dell'ospedale sono i malati.

(Innocenzo III, Bolla Istitutiva dell'Ospedale Santo Spirito di Roma, 1202)

Introduzione

La sanità pubblica è oggetto da anni di un processo di “aziendalizzazione”, finalizzato al duplice scopo di contenere la spesa e migliorare il servizio erogato al paziente. Alle modifiche formali apportate dalla riforma (D. Lgs 502/92) e al tentativo di introdurre una “cultura” manageriale nella gestione ospedaliera, non sempre è corrisposta la reale “centralità del paziente” nell’implementazione dei modelli

organizzativi di volta in volta proposti. L’“ospedale del futuro”, secondo un concetto ipertecnocratico di “eccellenza medica”, dovrà sempre più privilegiare la gestione dei pazienti acuti, con una deriva di banalizzazione dell’“eccellenza del quotidiano”, della “normale” metodologia clinica, senza tener conto del *paradosso* della Medicina moderna, che, orientata a pazienti acuti, di fatto deve gestire un prevalente universo di malattie croniche! I fattori che condizionano la tipologia dell’assistenza in ospedale sono diversi (*tabb. 1,2*).

Visione “verticale”, “orizzontale”, “tecnologica” e frammentazione dell’assistenza

Nella maggior parte dei nostri ospedali le linee di assistenza si basano su una gestione monospecialistica (“verticale”) del paziente: questa evoca di per sé giudizi di “eccellenza”, spesso in funzione della dotazione tecnologica del singolo reparto [1,2], in opposizione al concetto ben espresso da Giovanni Gulli di “eccellenza nella quotidianità” nel lavoro clinico al letto del paziente.

Nel mondo reale raramente viene valorizzata la capacità di revisione sistemica dei giusti bisogni del paziente, al di là della singola prestazione: spesso “nessuno” si rende responsabile di tutta l’erogazione del processo di cura e “nessuno vede tutta la catena dell’erogazione del servizio al malato”, dall’inizio alla fine, tranne il malato stesso e i suoi familiari. Le linee di attività sono spezzate, frammentate e caratterizzate da intoppi gestionali e inefficienze, che portano a non avere una definizione di processo predefinita. “È poco utile avere tecnologia, se i flussi terapeutici sono frammentati fino

Tabella 1 I fattori che condizionano l’assistenza in ospedale.

- Le caratteristiche cliniche dei pazienti, intese come gravità e complessità correlate ai problemi clinico-assistenziali
- La capacità tecnologica dell’ospedale, che determina le risorse effettivamente disponibili e i livelli di organizzazione interna del personale e delle risorse
- Le scelte assistenziali dei clinici, che determinano i profili di cura
- L’organizzazione interna all’ospedale orientata sui percorsi clinico-assistenziali, in funzione dei reali bisogni dei pazienti
- Evidenza di esplicite, condivise e formalizzate interazioni tra le diverse unità operative specialistiche, con modalità di allocazione dei pazienti attuate in correlazione alle necessità attuali

Tabella 2 Organizzazione attuale dell’ospedale e possibili criticità.

| Attuale modello di ospedale | Criticità dell’attuale modello |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Costruito attorno alle specializzazioni • Subottimizzazione dei locali (tasso di occupazione a volte basso, letti in appoggio ecc.) • Intensità di cure “media” per bisogni differenti • Assistenza infermieristica e tecnica non sufficientemente valorizzata • Variabilità tra professionisti | <ul style="list-style-type: none"> • Sovraffollamento e/o inappropriatelyzza • Attese per scarso coordinamento • Relazioni informali anziché strutturate e organizzate • Interferenza tra i percorsi di urgenza e di elezione • Scarso integrazione tra i professionisti; flussi interni organizzati per disciplina. • Disconnessione con il territorio • Percezione di scarso coordinamento da parte dei pazienti |

Fonte: Valmori V. In Nozzoli C, et al. Relazione presentata alla tavola rotonda “Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive”. Reggio Emilia, 14 aprile 2011.

a bloccarsi e le attese sono sempre maggiori e incalcolabili” [3].

La variabilità della casistica e del carico assistenziale: effetto “tetto” ed effetto “pavimento”

Nell'attuale organizzazione delle aree di cura, basata sulla tradizionale suddivisione in Aree Mediche e Aree Chirurgiche e, nel loro ambito, in Unità Operative, l'estrema variabilità della gravità clinica e del carico assistenziale rappresentano una situazione abituale. Uno standard assistenziale “medio” può risultare superiore alle necessità per alcuni pazienti, ma chiaramente insufficiente per altri [4]. Le conseguenze di tale “appiattimento alla media” sono note rispettivamente come effetto “tetto” ed effetto “pavimento”.

- L'effetto “tetto” si verifica quando un utente con elevati bisogni è inserito in un “sistema a bassa offerta” e tende a stressare il sistema ottenendo più assistenza rispetto agli altri utenti ricoverati, ma senza mai ricevere quella di cui necessita; ne deriva un'assistenza inadeguata.
- L'effetto “pavimento” si ha quando un utente con modesti bisogni è inserito in un “sistema ad alta offerta”, ricevendo così una quota di assistenza superiore a quella necessaria, da un punto di vista sia quantitativo (minuti aspecifici) sia qualitativo (minuti specifici): ne deriva uno spreco di risorse.

Accentramento dell'intelligenza, “thinking group syndrome” e conoscenza-innovazione condivisa

Si ha “l'accentramento dell'intelligenza” e della gestione dei processi di innovazione quando il management si basa sulla divisione tra concezione dell'organizzazione (chi pensa) ed esecuzione (chi realizza). Il modello, definito da S. Micelli nel 2000 a “intelligenza accentrata” [5], aveva due validi fondamenti: la fiducia nella scienza come motore dell'innovazione (e ciò sta anche a dire l'assunzione della direzione top-down dello sviluppo della scienza); l'assenza di strumenti in grado di includere il contributo di più figure nel processo di apprendimento. A tale modello si contrappone quello che presuppone una gestione diffusa della conoscenza e dell'innovazione “distribuita” (“intelligenza distribuita”), che coinvolge attivamente gli operatori sul campo in base alle diverse competenze disponibili. Si introduce il valore fondante – in un esplicito e trasparente lavoro di squadra, realmente incentrato sulle esigenze del paziente – dell’“interdipendenza”, contrapposto a quello – individualistico – di “indipendenza” dei rispettivi ruoli.

La differenziazione dell'intensità di cura presuppone un superamento del punto di vista dei “ruoli”

L'organizzazione dell'ospedale dovrebbe essere incentrata sulle necessità reali, in base ai problemi attuali del paziente. Questa concezione supera le tradizionali modalità di

Tabella 3 La regola delle sei “i” di Kanter sulle alleanze strategiche.

| | |
|-----------------------|--|
| Importanza | attribuita alle relazioni |
| Impegno | prolungato nel tempo |
| Interdipendenza | i partner si appoggiano l'uno all'altro e ciò facilita l'equilibrio tra poteri |
| Integrazione | tra diversi settori e sottosistemi, in maniera da facilitare i contatti e le comunicazioni |
| Informazione | ognuno dei partner è informato pienamente dei piani e delle strategie dell'altro |
| Istituzionalizzazione | la partnership è istituzionalizzata tramite valori condivisi, relazioni sociali, accordi e negoziazioni formalizzate |

Fonte: Kanter M. Harv Bus Rev 1994;4:96-108.

assistenza, in quanto basata su processi ad alta integrazione multidisciplinare, con riorganizzazione e differenziazione delle responsabilità cliniche, gestionali e assistenziali. Nella gestione per processi¹, volendo privilegiare l'interesse del paziente, *a prescindere dai ruoli*, è necessario definire quali alleanze concordare con gli altri interlocutori [6] (tab. 3).

La garanzia di prestazioni di alta qualità si ottiene attraverso una stretta integrazione fra tutte le figure dell'équipe assistenziale multidisciplinare, nel rispetto delle singole e specifiche competenze. È indispensabile formulare e utilizzare strumenti di integrazione (linee guida, procedure, protocolli, standard per la pianificazione dell'assistenza rispetto a obiettivi condivisi) allo scopo di omogeneizzare e presidiare le modalità operative. Il livello di cura proposto consegue a una valutazione di instabilità clinica/complessità clinica e assistenziale, con risposte definite dalle tecnologie disponibili, dalle competenze presenti e dal tipo, dalla quantità e dalla qualità del personale assegnato. Un modello basato sulla valutazione dell'intensità di cure necessarie differisce da quello tradizionale per diversi elementi, sintetizzati nella tab. 4 [7].

L'organizzazione per intensità di cure si basa sulla centralità del paziente

L'organizzazione per intensità di cure richiede una rivalutazione delle prassi consolidate e uno spostamento del baricentro assistenziale dalle esigenze dell'organizzazione

¹ La gestione per processi consiste nell'impostare l'assistenza attraverso l'insieme delle attività, strutturate e misurabili, che vengono orientate al paziente-cliente beneficiario. L'organizzazione dell'Azienda con tale metodologia di approccio comporta un migliore utilizzo delle risorse che produce il “valore aggiunto” destinato al cliente. L'ottimizzazione dei processi è uno strumento finalizzato, in sostanza, a rispondere ai bisogni del paziente-cliente pur in presenza di risorse limitate.

Tabella 4 Differenze tra modello tradizionale di ospedale e modello per intensità di cure.

| Dimensione | Modello tradizionale | Modello per intensità di cure | Strumenti |
|----------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---|
| Patologia | Monospecialistico | Polispecialistico | Completezza dei regimi di cura |
| Dimensione della struttura | Numero di letti | Casi trattati | Spazi in funzione dei casi trattati |
| Configurazione | Funzione specialistica di reparto | Processo clinico-assistenziale | Aree di diversa intensità assistenziale |
| Investimento | Degenza | Tecnologia, innovazione | Elettronica sanitaria, informatica |
| Formazione | Aggiornamento professionale | Ricerca e cultura sanitaria | Sperimentazioni e sviluppo del sapere |
| Responsabilità | Patologia ed esito | Processo di cura | Outcome |
| Controllo di gestione | Unità Operativa | Caso trattato | Protocolli, profili |

Fonte: Porfido E, 2009.

(e degli operatori, ovvero di gruppi professionali) a quelle dei pazienti. La programmazione delle attività deve incentrarsi sulle necessità e sulle aspettative dei pazienti, tenuto conto delle esigenze di sicurezza ed efficacia. La pianificazione dell'assistenza infermieristica si realizza attraverso il piano di lavoro orientato per obiettivi. Il percorso sanitario del paziente deve prevedere un'organizzazione in grado di coniugare eccellenza professionale, collegamento con gli altri livelli assistenziali a seconda dei bisogni della persona malata, attenzione all'accoglienza e alla dimensione umana dell'assistenza. La centralità del paziente si traduce nella programmazione accurata dei tempi e delle attività e nella gestione efficace delle informazioni.

L'attenzione verso i bisogni del paziente si attua mediante una precisa scansione delle attività assistenziali, per cui:

- L'infermiere assume maggiore responsabilità sui risultati globali dell'assistenza;
- L'infermiere ha una conoscenza più profonda del singolo caso;
- L'infermiere è maggiormente responsabile dell'organizzazione delle proprie attività;
- L'infermiere collabora con altre figure professionali in modo più attivo e consapevole nella équipe multi-professionale integrata.

In tale modello assistenziale emergono spontanei i seguenti quesiti:

- Il superamento della responsabilità per compiti corrisponde realmente ad una definizione personale delle responsabilità?
- Il modello è quello della responsabilità per settori?
- Viene definito l'infermiere case manager?
- La responsabilità viene definita per singoli atti o per il processo complessivo dell'assistenza?
- Se tutti gli infermieri sono responsabili chi ha la responsabilità del singolo caso e degli esiti dell'assistenza?
- Esiste un infermiere responsabile del caso che sia di riferimento per il paziente, la famiglia e il medico responsabile del paziente?

Ulteriori opportunità possono derivare da una rivalutazione dell'operato degli OSS (Operatori Socio Sanitari) che possono portare un contributo sostanziale all'assistenza complessiva nel reparto, sollevando le mansioni "improprie" dell'infermiere (Box 1).

Il paziente complesso, critico, instabile, fragile ricoverato in Medicina Interna

I pazienti internistici sono complessi, a volte critici o instabili, frequentemente fragili, ma non è facile declinare una definizione univoca di complessità. La definizione di "paziente complesso" adottata dalla *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) si riferisce a una persona affetta da due o più malattie croniche, in cui ciascuna delle condizioni morbose presenti è in grado di influenzare l'esito delle cure delle altre coesistenti attraverso varie modalità: la limitazione della speranza di vita, l'aumentata morbilità intercorrente, le interazioni fra terapie farmacologiche, l'impossibilità del pieno impiego di cure adeguate per controindicazione ecc. [8]. Nell'accezione più completa di complessità, le componenti di tipo biologico, socioeconomico, culturale, comportamentale e ambientale diventano tutte importanti determinanti della salute. Complessità non significa solamente presenza di diverse malattie coesistenti nella stessa persona [9]. Complessità significa anche maggiore quantità di tempo da dedicare al paziente per valutare ed erogare l'assistenza necessaria, con un case-mix variegato e un'ampia gamma di possibili decisioni da assumere [10] (tab. 5).

La valutazione della complessità/stabilità clinica di un paziente è una valutazione medica, definita in base a diverse variabili quali la diagnosi, i segni vitali, i dati fisici, i dati di laboratorio, i fattori soggettivi e la prognosi [11]. L'esame clinico resta per il medico il primo e migliore strumento disponibile per il riconoscimento dei pazienti instabili [12]. L'instabilità clinica può essere valutata secondo metodologie diverse.

- I criteri di Halm, per esempio, prevedono la valutazione dei seguenti parametri: temperatura corporea > 37,8°C; frequenza cardiaca > 100 bpm; frequenza respiratoria > 24 apm; saturazione di ossigeno < 90%; incapacità ad alimentarsi in modo autonomo; delirium; dolore [13].
- Altri strumenti (Sequential Organ Failure Assessment, SOFA; Simplified Acute Physiology Score, SAPS II; Acute Physiology And Chronic Health Evaluation, APACHE II ecc.) sono di gran lunga più utilizzati nelle terapie intensive.
- Uno strumento semplice, proposto e impiegato con successo anche nei reparti di Medicina Interna, è il Modified Early Warning Score (MEWS) [14,15]. Il MEWS è stato applicato nel programma "Physiologically Unstable Patient"

Box 1.

| | | | |
|--|--|--|---|
| <p style="text-align: center;">Chi è l'Operatore Scocio Sanitario</p> <p>L'OSS è l'operatore che, a seguito dell' attestato di qualifica conseguito al termine di specifica formazione professionale, svolge attività indirizzate a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soddisfare i bisogni primari della persona, nell' ambito delle proprie aree di competenza, sia in un contesto sociale che sanitario • Favorire il benessere e l'autonomia dell'utente | <p style="text-align: center;">COMPETENZE DELL'OSS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Competenze tecniche • Competenze relative alle conoscenze richieste • Competenze relazionali | | |
| <p style="text-align: center;">L'OSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Utilizza strumenti informativi di uso comune • Collabora alla verifica della qualità del servizio • Concorre alla valutazione dei triocini • Collabora alla definizione dei propri bisogni di formazione e frequenta corsi di aggiornamento | <p style="text-align: center;">Le attività principali previste per l'OSS</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>ASSISTENZA DIRETTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiste la persona non autosufficiente nelle attività quotidiane e nell'igiene personale • Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico • Cura la pulizia e l'igiene ambientale </td> <td style="vertical-align: top; width: 50%;"> <p>INTERVENTI IGIENICO-SANITARI E SOCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali • Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre • Collabora ai sistemi di verifica • Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia </td> </tr> </table> | <p>ASSISTENZA DIRETTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiste la persona non autosufficiente nelle attività quotidiane e nell'igiene personale • Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico • Cura la pulizia e l'igiene ambientale | <p>INTERVENTI IGIENICO-SANITARI E SOCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali • Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre • Collabora ai sistemi di verifica • Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia |
| <p>ASSISTENZA DIRETTA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Assiste la persona non autosufficiente nelle attività quotidiane e nell'igiene personale • Realizza attività semplici di supporto diagnostico e terapeutico • Cura la pulizia e l'igiene ambientale | <p>INTERVENTI IGIENICO-SANITARI E SOCIALI</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collabora all'attuazione degli interventi assistenziali • Valuta, per quanto di competenza, gli interventi più appropriati da proporre • Collabora ai sistemi di verifica • Mette in atto relazioni-comunicazioni di aiuto con l'utente e la famiglia | | |

Tabella 5 Paziente internistico complesso, critico, instabile, fragile: definizioni.

| Paziente stabile complesso | Paziente instabile | Paziente critico | Paziente fragile | |
|--|---|---|---|----------------------------|
| Paziente che non presenta alterazioni dello stato di coscienza, con parametri vitali e ABC non alterati, con valori pressori normali, con patologie pluriorgano, complesse o sistemiche, o con più malattie coesistenti nella stesso individuo | Paziente che presenta alterazione della coscienza, con compromissione delle funzioni vitali (ABC), con ipotensione (PAS < 90 mmHg nonostante riempimento) | Paziente portatore di una condizione attuale o recente di insufficienza acuta di un organo e/o di un sistema, o di più organi o sistemi, con conseguente rischio possibile per la vita, che richiede osservazione continua e prestazioni personalizzate | Paziente con ridotta riserva funzionale in cui la complessità dei problemi, di tipo biologico, clinico, funzionale, psicoaffettivo e/o sociofamiliare, può comportare un aumentato rischio di eventi indesiderati, complicanze a cascata, deterioramento della qualità di vita e una prognosi sfavorevole | |
| Discrezionalità nelle decisioni | | | | |
| Paziente stabile complesso | Paziente instabile | Paziente critico | Paziente fragile | |
| Alta | Bassa | Alta | Alta | |
| Possibile case-mix rispetto alla complessità, stabilità e criticità del paziente | | | | |
| Paziente non critico stabile | Paziente critico instabile | Paziente non critico ma a rischio di instabilità | Paziente critico stabilizzato | Paziente critico "cronico" |

Legenda: ABC = compromissione delle vie aeree (A), del respiro (B), del circolo (C); PAS = Pressione arteriosa sistolica.

(PUP): lo score PUP considera il dolore, la temperatura corporea, i valori di pressione arteriosa, la frequenza cardiaca, la frequenza respiratoria, la saturazione di ossigeno, lo score CNS, la diuresi [16].

Come misurare la complessità assistenziale?

Il concetto di complessità assistenziale non è di univoca interpretazione: mancano definizioni univoche del concetto di complessità assistenziale, la valutazione della complessità "globale" dovrebbe essere interpretata dal punto di vista non solamente clinico ma anche infermieristico, tenendo conto, quindi, anche delle specificità di un approccio orientato ai bisogni assistenziali e all'autonomia del paziente più che alla patologia di per sé.

Misurare la complessità assistenziale² è utile in quanto consente di gestire il personale infermieristico, allocare le risorse disponibili secondo il peso assistenziale effettivo, monitorare il carico complessivo del reparto, valutare se l'organico è adeguato rispetto al carico assistenziale, misurare e documentare il lavoro del reparto, confrontare le performance di reparti diversi [17–22]. Gli strumenti adottati, purtroppo, presentano alcuni svantaggi: per esempio, le scale di valutazione utilizzate sono ideate specificamente per le terapie intensive, il personale ha difficoltà nell'impiegarle, la complessità clinica rilevata non sempre corrisponde a un aumento della necessità assistenziale, è richiesto un maggiore impegno nella compilazione e nell'assegnazione dei punteggi, non è facile uniformare le modalità interpretative di alcuni item con il rischio di valutazioni soggettive.

Altri parametri utilizzati sono l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA)³, l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA)⁴, il Nine Equivalents of Nursing manpower use Score (NEMS)⁵, il Nursing Activities Score (NAS)⁶, lo score di Ray,

² Complessità assistenziale: insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza in termini di intensità di impegno e quantità di lavoro.

³ L'ICA valuta la necessità di assicurare la respirazione, l'alimentazione e l'idratazione, l'eliminazione urinaria e intestinale, l'igiene, il movimento, il riposo e il sonno, la funzione cardiocircolatoria, un ambiente sicuro, l'interazione nella comunicazione, le procedure terapeutiche e l'esecuzione delle procedure diagnostiche secondo cinque livelli differenziati di complessità assistenziale che correlano con la "condizione della persona assistita" configurando, perciò, il "numero indice di complessità assistenziale" [16–18].

⁴ L'IDA è basato sulla valutazione dei bisogni di alimentazione/idratazione, eliminazione (feci e urine), igiene e comfort, mobilitazione, procedure diagnostiche, procedure terapeutiche e percezione sensoriale secondo quattro livelli differenziati. Consente, tra l'altro, di definire gli aspetti prognostici dei pazienti: i pazienti con IDA = 20-28 sono stati dimessi in media dopo 7,26 giorni (IC 95% 6,81-7,75), quelli con IDA = 12-19 dopo 8,37 giorni (IC 95% 7,55-9,19), mentre quelli con IDA = 7-11 sono stati dimessi in media dopo 8,83 giorni (IC 95% 6,21-11,45) [19].

⁵ Il NEMS 1997 è una scala di misurazione dell'attività infermieristica costruita sulla base del TISS 28 da un gruppo multidisciplinare europeo. Permette in modo rapido di stimare il fabbisogno infermieristico attraverso l'assegnazione di un punteggio (46 punti all'attività massima sostenuta da un infermiere) [20].

⁶ Il NAS 2003 si struttura in 23 articoli e subarticoli e assegna 100 punti considerando il 100% dell'assistenza che può erogare un operatore nelle 24 ore [21].

che attribuisce un punteggio in "settantesimi", in funzione di mobilità, respirazione, medicazioni, controllo sfinterico (urinario e fecale), stato di coscienza, dolore [23].

Il Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP) [24], originariamente concepito come strumento virtuale per valutare nel singolo paziente la complessità assistenziale, misurarne il peso assistenziale in base alla rilevazione dei bisogni e stabilire le risorse necessarie per garantire l'assistenza congruente con la valutazione effettuata, si è rivelato indaginoso, eccessivamente ridondante, di fatto non applicabile nella quotidianità dei ricoveri incessanti in Medicina Interna.

Nella valutazione dei pazienti in condizioni di urgenza sono disponibili diversi strumenti: il Triage Risk Screening Tool (TRST) [25] definisce le problematiche del soggetto anziano sottoposto a triage; l'Identification of Seniors At Risk (ISAR) [26] è utile per identificare una severa disabilità al momento della visita in Pronto Soccorso (PS) e il rischio di outcome avversi nei 6 mesi dopo l'accesso in PS (reingresso in PS, riospedalizzazione, morte, ingresso in lungodegenza, riduzione dell'autosufficienza). Non essendo un test diagnostico, l'ISAR va associato a una valutazione clinica completa (tab. 6).

Centralità del paziente significa saperne valutare i bisogni

Prima di definire i setting assistenziali necessari, occorre descrivere le caratteristiche dei pazienti in funzione della loro complessità e dell'intensità assistenziale richiesta. Un corretto inquadramento della complessità assistenziale richiede una valutazione di tipo multidimensionale, che può consentire di pianificare la presa in carico globale, in base a un vero e proprio risk assessment del paziente. La valutazione del livello di complessità dei pazienti richiede un approccio di tipo multidisciplinare, adottato collegialmente da medici e infermieri, ciascuno secondo le proprie competenze. I fattori che entrano in causa corrispondono a cinque variabili fondamentali, con evidenti implicazioni gestionali e prognostiche (fig. 1):

- bisogno assistenziale;
- stabilità/instabilità clinica e/o criticità potenziale o attuale;
- disfunzione cognitiva e fragilità clinica e/o sociale del paziente⁷;

⁷ La fragilità va intesa nel senso più ampio del termine, secondo i diversi domini che la caratterizzano: medici (per esempio: politerapia, presenza di alcune specifiche malattie, malnutrizione, alterazioni della continenza, alterazioni sensoriali), cognitivi (disfunzione cognitiva, "mild cognitive impairment", demenza, delirium, stati confusionali, turbe comportamentali ecc.), psicologici (depressione, precedenti psichiatriche, precaria percezione della qualità di vita ecc.), funzionali (alterazioni della marcia e dell'equilibrio, compromissione di ADL e IADL, facilità alle cadute ecc.), sociali (solitudine, isolamento sociale, stress familiare, scolarità e reddito bassi ecc.).

Tabella 6 Triage Risk Screening Tool (TRST) e Identification of Seniors At Risk (ISAR).

| TRST | ISAR | | |
|--|---|----|----|
| Il paziente è considerato ad alto rischio se sono presenti deterioramento cognitivo oppure 2 o più degli altri criteri <ul style="list-style-type: none"> • presenza di deterioramento cognitivo (per esempio disorientamento, incapacità di eseguire comandi semplici, diagnosi precedente di demenza o delirium) • vive da solo/non si riesce a reperire un caregiver • difficoltà nella deambulazione o storia recente di cadute • ospedalizzazione/accesso in Pronto Soccorso negli ultimi 30 giorni • 5 o più farmaci • valutazione da parte dell'infermiere per sospetto di: <ul style="list-style-type: none"> – abuso/negligenza – non compliance farmacologica – sospetto di abuso di sostanze – problemi nelle IADL o ADL (per esempio assunzione di cibo, problemi nei trasferimenti) – altro (specificare) | 1. Prima della patologia acuta che ti ha portato in Pronto Soccorso, avevi bisogno che qualcuno ti aiutasse regolarmente? | No | Si |
| | 2. Pensi che avrai bisogno di più aiuto del solito in seguito alla patologia acuta che ti ha portato in Pronto Soccorso? | No | Si |
| | 3. Sei stato in ospedale per più di una notte negli scorsi 6 mesi? | No | Si |
| | 4. In generale, ci vedi bene? | No | Si |
| | 5. In generale, hai problemi seri di memoria? | No | Si |
| | 6. Prendi più di 3 medicine al giorno? | No | Si |
| No = 0; Si = 1 Lo screening è positivo se il punteggio è > 2 | | | |

Legenda: IADL = Instrumental Activities of Daily; ADL = Activities of Daily Living.

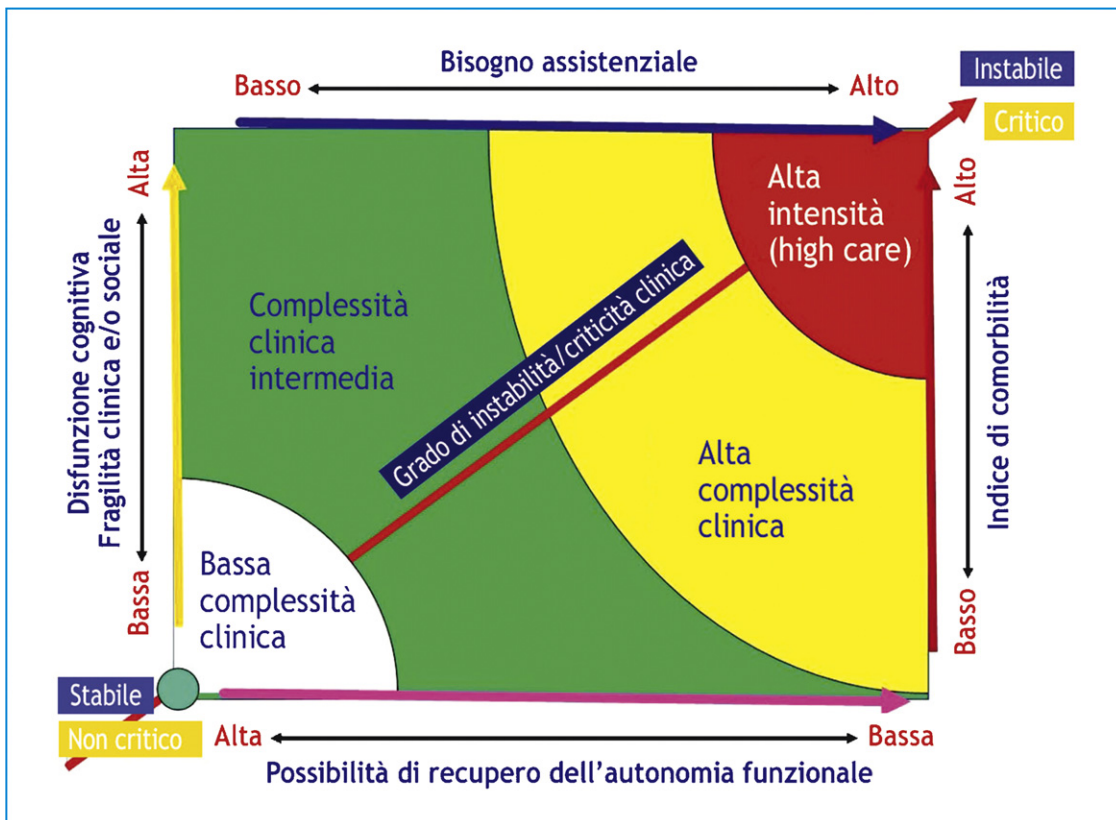


Figura 1 I cinque assi che definiscono la complessità assistenziale clinica in Medicina Interna.

- grado di autonomia/dipendenza funzionale;
- malattie coesistenti nello stesso paziente (indice di comorbilità).

Sono, pertanto, individuabili aree di degenza e servizi con diversi livelli di complessità:

- bassa complessità assistenziale;
- complessità assistenziale intermedia;
- alta complessità assistenziale;
- alta intensità ("high care").

Le unità di cure intermedie

Il modello assistenziale per intensità di cure è finalizzato a garantire l'appropriatezza dell'assistenza, intesa come livello di assistenza realmente necessario al paziente, adeguato rispetto alle migliori conoscenze scientifiche e alle abilità tecniche. Può essere definito come "modello organizzativo strutturato per aree/settori dedicati a pazienti omogenei sotto il profilo del fabbisogno assistenziale". Il razionale della necessità di definire tale setting assistenziale è costituito dal rilievo che negli ospedali per acuti vi sono pazienti che non richiedono cure intensive in senso vero e proprio, ma presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti in un reparto "tradizionale". Questi pazienti possono necessitare di un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o di interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente non di un monitoraggio invasivo [27].

Le "unità di cure intermedie" sono particolarmente adatte per quei pazienti che hanno un basso rischio, ma sono passibili di sviluppare complicanze maggiori e vanno ricoverati per un monitoraggio di routine. Esse hanno l'obiettivo di ottimizzare l'assistenza per una determinata categoria di pazienti e un determinato stato di gravità, ridurre le complicanze e il rischio di infezioni nosocomiali, contenere la spesa (a fronte di un elevato impatto economico nella gestione delle Unità di Terapia Intensiva tradizionali, UTI). Possibili vantaggi sono:

- la maggiore flessibilità nella selezione dei pazienti e un loro più appropriato tempo di osservazione, come alternativa utile sotto il profilo di costo-efficacia al ricovero nella UTI;
- la maggiore soddisfazione del paziente in un setting assistenziale meno aggressivo, meno rigido e più aperto;
- l'elevato grado di assistenza con meno personale infermieristico ("lower nursing staff") rispetto alle UTI (con un rapporto infermieri/pazienti di 1:4);
- la riduzione degli accessi impropri in UTI, con migliore utilizzazione dei loro posti letto;
- la riduzione delle complicanze presenti e più frequenti nelle UTI;
- la possibilità di passaggio dalle UTI alle unità di cure intermedie dei pazienti in fase di svezamento una volta superata la fase acuta e in condizioni di stabilizzazione clinica.

Punti di vista sull'ospedale per intensità di cure: vantaggi e svantaggi secondo i diversi professionisti

Da un'analisi effettuata nell'interazione fra internisti, infermieri, medici di direzione e medici di organizzazione in base

al metodo SWOT (*Strengths*, punti di forza; *Weaknesses*, debolezza; *Opportunities*, opportunità; *Threats*, minacce) [28] sono emersi differenti punti di vista (tab. 7).

Risulta evidente che "il punto di vista" risente fortemente del "ruolo" professionale esercitato. È di fondamentale importanza descrivere preliminarmente quali valori fondanti e quali obiettivi siano alla base del cambiamento organizzativo proposto e, soprattutto, quale "valore aggiunto" ne derivi al paziente e all'organizzazione nel suo complesso, in relazione a criteri espliciti e condivisi, auspicabilmente supportati da evidenze di health technology assessment.

La "vision" degli internisti

Come si è detto, negli ultimi anni è profondamente cambiata la tipologia dei pazienti afferenti ai nostri ospedali, oggi prevalentemente anziani, complessi, affetti da polipatologie e destinatari di trattamenti altrettanto complessi. Parallelamente, lo sviluppo tecnologico ha significativamente modificato le procedure di assistenza in numerose patologie acute e anche l'opinione pubblica è più attenta alla qualità, alle modalità e ai livelli di assistenza e di cura erogati dalle diverse strutture. Tutto questo rende necessario ripensare e rendere più attuali i modelli organizzativi dei nostri ospedali e della nostra rete ospedaliera. Il modello organizzativo "per intensità di cure", coniugato con il concetto di ospedali "in rete" secondo il principio "hub and spoke", aderente a queste nuove esigenze, coinvolge in maniera significativa le Unità Operative di Medicina Interna, con potenziali obiettivi utili per il paziente, il personale e l'organizzazione (tab. 8) [29].

In questo numero dell'*Italian Journal of Medicine* vengono pubblicati due lavori molto utili per la valutazione/inquadramento/gestione dei pazienti e degli obiettivi assistenziali di un Ospedale differenziato per intensità di cure.

Maria Josè Rocco di Legnano, sul tema della complessità assistenziale infermieristica in Medicina Interna porta un importante contributo sulla semplificazione delle procedure di assessment dei Pazienti, evidenziando che il SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica, a partire dal gruppo infermieristico dell'Azienda Ospedaliera di Monza fin dal 2002) è un metodo di valutazione ugualmente efficace, ma più semplice e rapido rispetto al MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante) nella valutazione infermieristica dei Pazienti complessi in Medicina Interna [30]. Nel lavoro di Chesi e Coll [31] vengono riportati i risultati dell'indagine effettuata in Emilia Romagna, finalizzata a comprendere quali intenti e quali punti di vista, contestualmente all'implementazione dei nuovi modelli assistenziali, caratterizzano i reparti di Medicina Interna.

Sui risultati di tale studio sono stati definiti i punti salienti del *position statement* degli internisti della FADOI Emilia Romagna sull'organizzazione per intensità assistenziale negli ospedali del prossimo decennio [32]. FADOI, associazione degli internisti ospedalieri, si esprime a favore di una rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera secondo il principio dell'"intensità di cure". Il modello proposto è rispondente alle esigenze della Medicina moderna, in quanto: a) distribuisce i pazienti in relazione alla loro severità e criticità e non semplicemente per singola patologia;

b) considera il paziente nella sua interezza, comorbidità e complessità, con approcci integrati e multidisciplinari;
 c) prevede l'utilizzo di supporti tecnologici appropriati alla situazione clinica di ogni singolo paziente.

A fronte degli innegabili vantaggi potenziali, vanno però considerati i possibili elementi indesiderati, a volte anche importanti, già emersi dalle prime indagini in ospedali ove sono state introdotte tali innovazioni senza ottemperate alcune regole di fondo (*box 2*) e sui quali grava il *cronico problema del sovrappollamento dei reparti internistici*: un

possibile effetto "via/vai" all'interno dello stesso reparto con cambiamento repentino degli interlocutori dei pazienti (medici e infermieri), un possibile aumento degli errori (difficoltà nell'identificazione paziente, rintracciabilità: referti, consulenze, terapia) e dei rischi (infezioni), difficoltà di comunicazione (consegne), diluizione delle responsabilità, assenza di punti di riferimento per il paziente, perdita della continuità assistenziale, attenzione rivolta prevalentemente a creare il posto letto anziché al beneficio del paziente [26,33].

Tabella 7 Opinioni dei diversi professionisti sull'ospedale per intensità di cure secondo l'analisi SWOT.

| Professionista | Strengths (punti di forza) | Weaknesses (punti di debolezza) | Opportunities (opportunità) | Threats (minacce) |
|------------------------------------|---|---|--|---|
| Internista (grande ospedale) | <ul style="list-style-type: none"> • Organizzazione per livelli di gravità del paziente • Centralità del paziente • Approccio multidisciplinare • Approccio multiprofessionale • Ruolo centrale dell'infermiere • Visione olistica del paziente | <ul style="list-style-type: none"> • Trasferimento dei pazienti da un'area a un'altra • Difficoltà a distinguere le due aree a medio-bassa e medio-alta intensità (ormai tutti i pazienti sono ad alta complessità clinico-assistenziale) • Perdita di identità dell'Unità Operativa (in questo sistema si dovrebbe parlare di strutture professionali) • Difficoltà della presa in carico delle specialistiche (piccoli ospedali); gli specialisti saranno in grado di farsi carico di nuovi livelli di assistenza? Altrimenti si vanifica il modello dipartimentale e si rimane alla vecchia consulenza • La rinuncia all'effettuazione congiunta medico-infermiere del "giro visita" obbliga alla ricerca di forme alternative di comunicazione fra medici e infermieri • Si perde il valore aggiunto della valutazione-interazione multiprofessionale/multidimensionale "al letto del paziente" | <ul style="list-style-type: none"> • Sviluppo della medicina critica nell'ambito della Medicina Interna • Possibilità di individuare aree attrezzate per i pazienti in Medicina Interna che hanno le caratteristiche del paziente critico • Nuovo ruolo dell'internista nell'ospedale ("hospitalist"?): medicina perioperatoria, ortopedia, paziente post-UTI ecc. • Formazione integrata medico-infermieristica • Sviluppo di nuove figure professionali (case manager, medico tutor) • Sviluppo dell'informatizzazione | <ul style="list-style-type: none"> • Conflittualità tra le diverse Unità Operative • Non chiarezza di ruolo tra i diversi specialisti e le diverse figure professionali che si muovono in maniera più autonoma • Centralità del sistema organizzativo e non del paziente • Le maggiori difficoltà organizzative possono portare a una vera e propria condizione di caos |

(Continua)

Tabella 7 (Continua)

| Professionista | Strengths (punti di forza) | Weaknesses (punti di debolezza) | Opportunities (opportunità) | Threats (minacce) |
|-------------------------------|--|---|---|--|
| Internista (piccolo ospedale) | <ul style="list-style-type: none"> • Sistema centrato sui bisogni del paziente • Ottimizzazione delle risorse • Utilizzazione ottimale dei posti letto • Massima flessibilità • Collaborazione tra diverse figure professionali con acquisizione di competenze trasversali | <ul style="list-style-type: none"> • Collaborazione tra diverse figure professionali non sempre agevole • Difficoltà del paziente a comprendere l'assetto organizzativo • In assenza di elementi di discrezionalità, possibile perdita di continuità assistenziale • Il Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP) tende a sottostimare l'intensità clinica | <ul style="list-style-type: none"> • Garantire al paziente una presa in carico da parte del "sistema" • Considerare la dimissione del paziente come snodo centrale per evitare i re-ricoveri • Coinvolgimento di figure esterne all'ospedale (medico di Medicina Generale, caregiver) per favorire la continuità assistenziale | <ul style="list-style-type: none"> • Chiarezza sulla responsabilità di chi ha in carico il paziente • Possibili conflitti interprofessionali |
| Infermiere | <ul style="list-style-type: none"> • Modalità di accoglienza • Introduzione di nuovi sistemi di valutazione del paziente (Modified Early Warning Score, MEWS; Triage Risk Screening Tool, TRST ecc.) • Implementazione del briefing e del debriefing • Migliorata pianificazione infermieristica: <ul style="list-style-type: none"> – presa in carico del paziente – pianificazione delle dimissioni – educazione terapeutica – colloquio con paziente e caregiver • Inserimento di nuove figure (operatore sociosanitario, OSS) • Corretta allocazione delle risorse disponibili secondo il peso assistenziale • Ridistribuzione delle attività per profili di competenza • Aumentata motivazione dell'équipe assistenziale • La valutazione continua dell'attività infermieristica diventa un metodo di lavoro che contribuisce al miglioramento continuo | <ul style="list-style-type: none"> • Forte innovazione organizzativa e assistenziale • Sovvertimento del paradigma organizzativo stante la centralità del paziente e non dei processi diagnostico-terapeutici • Resistenza al cambiamento e al riequilibrio dei poteri e delle funzioni gestionali e clinico-assistenziali • Incertezza sulla responsabilità | <ul style="list-style-type: none"> • Evoluzione professionale e formativa • Consapevolezza di un agire professionale dotato di "responsabilità" in relazione ad ambiti sempre più complessi | <ul style="list-style-type: none"> • Il sovraccollamento nei reparti internistico-geriatrici costituisce un rischio per i pazienti, per il personale, per l'organizzazione e per il modello |

(Continua)

Tabella 7 (Continua)

| Professionista | Strengths (punti di forza) | Weaknesses (punti di debolezza) | Opportunities (opportunità) | Threats (minacce) |
|--|--|---|---|---|
| Medico di Direzione sanitaria | <ul style="list-style-type: none"> Modello organizzativo da un'impostazione specialistica e per settori di cura a "intensità di cure" e "intensità assistenziale" | <ul style="list-style-type: none"> Il modello organizzativo deve essere: <ul style="list-style-type: none"> – compatibile con le tecnologie disponibili – compatibile con le competenze professionali presenti – basato sui valori del governo clinico – compatibile con le strutture esistenti nel territorio – in grado di rispondere all'esigenza di ridurre il numero di posti letto per 1.000 | <ul style="list-style-type: none"> L'innovazione del modello organizzativo consente di migliorare: <ul style="list-style-type: none"> – il percorso del paziente – i punti di riferimento del paziente – le modalità di lavoro – la documentazione clinica – gli indicatori di performance | <ul style="list-style-type: none"> Definizione dei ruoli e delle responsabilità mediche e infermieristiche nel modello per intensità di cure Rapporti con il Dipartimento di Emergenza-Urgenza Rapporti con intensivisti, rianimatori, pneumologi, cardiologi (già gestori di reparti/letti dedicati a pazienti critici) Gestione ricoveri urgenti e picchi di afflusso |
| <ul style="list-style-type: none"> Medico manager di Organizzazione regionale | <ul style="list-style-type: none"> Esperienze nazionali già disponibili (limitate ad alcune Aziende Sanitarie/ Ospedaliere): regioni Liguria, Toscana, Lombardia, Emilia Romagna (Forlì, Bologna) | <ul style="list-style-type: none"> L'attuale modello organizzativo-assistenziale è consolidato Incertezza sui nuovi ruoli professionali (quale progressione di carriera in assenza dello specifico reparto di riferimento per i subspecialisti di area medica?) Introduzione di nuovi strumenti non ancora sperimentati Cultura dei professionisti Cultura dei cittadini Quali modalità di coinvolgimento/informazione dei cittadini? Scarsa conoscenza informativa di modelli organizzativo-assistenziali alternativi | <ul style="list-style-type: none"> Evoluzione della professione infermieristica e dell'infermiere referente Figura del medico di riferimento Multidisciplinarietà e multiprofessionalità I ruoli professionali si modificano lungo le linee gestionali Differenziazione tra piattaforme logistiche e responsabilità cliniche Coinvolgimento dei cittadini | <ul style="list-style-type: none"> Tendenza a leggere i nuovi modelli organizzativi come rovesciamento delle sistematizzazioni attuali già consolidate Impatto in termini di impegno dei professionisti e delle organizzazioni sul cambiamento di un modello organizzativo e assistenziale |

Tabella 8 Obiettivi dell'organizzazione differenziata per intensità di cure.

| Per il paziente | Per il personale | Per l'organizzazione |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Minori tempi d'attesa Minore invasività di cure rispetto alla Terapia Intensiva Presa in carico continuativa Risposta assistenziale pertinente ai bisogni in ogni fase del ricovero | <ul style="list-style-type: none"> Migliore identificazione dei quadri clinici Sviluppo di livelli di competenza specifici Conformità agli standard di qualità delle prestazioni Migliore integrazione tra i professionisti dell'équipe | <ul style="list-style-type: none"> Utilizzo appropriato delle risorse umane e dei materiali Meno infermieri, solo dove servono (alta intensità) Specializzazione in ruoli strategici (infermiere case manager) |

Fonte: Martini M. La Medicina Interna di Vicenza: organizzazione per intensità di cura. Relazione presentata al Congresso Regionale ANIMO Abruzzo. Vasto, 30 aprile 2011.

Box 2. Key messages: decalogo degli errori da evitare nell'implementazione dei nuovi modelli organizzativi

1. Accentrare le decisioni senza consultare gli operatori professionali ("thinking group syndrome").
2. Non considerare il contesto di fondo (differenziando il "grande" ospedale da quello di piccole-medie dimensioni) e i prerequisiti indispensabili al successo di qualsiasi modello proposto nel contesto (congestione, sovraffollamento, risk management).
3. Non definire le caratteristiche epidemiologico-nosologiche della popolazione dei pazienti e il loro livello di complessità/criticità/instabilità.
4. Non condividere l'implementazione di nuovi modelli con i reali bisogni dei pazienti e i possibili *stakeholders* interessati nella loro assistenza (intensivisti, rianimatori, cardiologi, pneumologi, medici d'urgenza, internisti, eccetera).
5. Non definire le caratteristiche strutturali (luoghi, persone, materiale), metodologiche e di processo dei diversi setting assistenziali disponibili nell'Ospedale organizzato per intensità di cure.
6. Non esplicitare i criteri di allocazione dei pazienti nei diversi *setting* differenziati per intensità assistenziale, in funzione delle caratteristiche dei pazienti.
7. Non definire in quale setting assistenziale (triage, Pronto Soccorso, reparto) devono essere applicati gli strumenti di valutazione dei pazienti.
8. Non esplicitare gli strumenti di valutazione, gli obiettivi assistenziali, le competenze necessarie e le specifiche responsabilità clinico-assistenziali dei sanitari coinvolti, gli indicatori di processo e di esito e il valore aggiunto atteso per i pazienti, i loro famigliari e l'organizzazione.
9. Implementare modelli innovativi senza averne valutato i possibili vantaggi, svantaggi, punti di debolezza, fattori di insuccesso (e aver proposto ipotesi di soluzione).
10. Non garantire la massima trasparenza negli audit di revisione/critica costruttiva sui modelli organizzativi, in base ad indicatori espliciti.

Conclusioni: quale miglior modello organizzativo?

La rimodulazione dell'organizzazione ospedaliera secondo il principio dell' "intensità di cure" deve saper considerare le necessità dei pazienti in funzione delle risorse assegnate e/o disponibili. In sostanza l'Organizzazione Aziendale deve essere modulata sulla valutazione dei bisogni oggettivi "reali" dei pazienti, garantendone il miglior livello assistenziale. Lo impone il nuovo contesto epidemiologico, caratterizzato da un paziente sempre più problematico e complesso, nell'acuzie facilmente critico, con necessità di una specifica

stratificazione clinico-prognostica, con esigenze assistenziali sempre più estese a un bisogno di controllo sistematico nella fase di postdimissione ospedaliera.

Per il successo di un cambiamento importante quale quello dell'organizzazione dell'ospedale per intensità di cure è necessario confrontarsi con la necessità primaria di superare le visioni corporative, nella maggior parte dei casi autoreferenziali, basate sui "ruoli" professionali (sia consolidati sia da accentuare), facendo invece della persona ammalata il vero fulcro attorno cui indirizzare gli sforzi organizzativi, gestionali, clinici e assistenziali [34]. Senza, però, la presunzione o, peggio, l'apodittica pretesa di proclamare strutture a "intensità differenziata di cure" organizzazioni che non lo sono.

Conflitto di interessi

Gli autori dichiarano di essere esenti da conflitto di interessi.

Bibliografia

- [1] Gill P, Dowell AC, Neal RD, Smith N, Heywood P, Wilson AE. Evidence based general practice: a retrospective study of interventions in one training practice. *BMJ* 1996;312(7034): 819–21.
- [2] Jonas WB. Scientific evidence and medical practice: The "Drunkard's Walk". *Arch Intern Med* 2009;169(7):649–50.
- [3] Nicosia F. Ospedale "lean" per intensità di cure. Dossier "Lotta agli sprechi". *Management Sanità* 2008;36–40.
- [4] FADOI Toscana. Medicina Interna e nuova organizzazione ospedaliera. Proposta di documento, 2007.
- [5] Micelli S. Imprese, reti e comunità virtuali. Milano: Etas; 2000.
- [6] Kanter M. Collaborative advantage: the art of alliances. *Harv Bus Rev* 1994;4:96–108.
- [7] Porfido E, "Organizzazione per intensità di cura", Fondazione P. Paci onlus. Milano, 2009.
- [8] Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Definition: Complex patient, Funding Opportunity Announcement (FOA). Technical Assistance Conference Call. October 15, 2007.
- [9] Nardi R, Scanelli G, Corrao S, Iori I, Mathieu G, Cataldi Amatrian R. Co-morbidity does not reflect complexity in internal medicine patients. *Eur J Intern Med* 2007;18(5):359–68.
- [10] Upshur RE, Tracy S. Chronicity and complexity: is what's good for the diseases always good for the patients? *Can Fam Physician* 2008;54(12):1655–8.
- [11] Luettel D, Beaumont K, Healey F. Recognising and responding appropriately to early signs of deterioration in hospitalised patients. London: National Patient Safety Agency NHS; 2007.
- [12] Sevransky J. Clinical assessment of hemodynamically unstable patients. *Curr Opin Crit Care* 2009;15(3):234–8.
- [13] Halm EA, Fine MJ, Kapoor WN, Singer DE, Mairie TJ, Siu AL. Instability on hospital discharge and the risk of adverse outcomes in patients with pneumonia. *Arch Intern Med* 2002; 162(11):1278–84.
- [14] Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. *QJM* 2001;94(10):521–6.
- [15] Cei M, Bartolomei C, Mumoli N. In-hospital mortality and morbidity of elderly medical patients can be predicted at admission by the Modified Early Warning Score: a prospective study. *Int J Clin Pract* 2009;63(4):591–5.
- [16] Robb G, Seddon M. A multi-faceted approach to the physiologically unstable patient. *Qual Saf Health Care* 2010;19(5): e47.

- [17] Cantarelli M. Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson; 2007.
- [18] Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico* 1999; 1:32–6.
- [19] Pettinà G, Seghieri G, Monfardin M, Cirillo L, Badini P, Venturi S. Il rilevamento dell'indice di complessità assistenziale per la definizione di elevata intensità di cura in Medicina Interna. *G It Medicina Interna* 2005;4(2):64–8.
- [20] Bartolomei C, Cei M. L'allocatione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). *It J Med* 2007;1(2):31–9.
- [21] Reis Miranda D, Moreno R, Iapichino G. Nine equivalents of nursing manpower use score (NEMS). *Intensive Care Med* 1997;23(7):760–5.
- [22] Miranda DR, Nap R, de Rijk A, Schaufeli W, Iapichino G, TISS Working Group. Therapeutic Intervention Scoring System. Nursing activities score. *Crit Care Med* 2003;31(2):374–82.
- [23] Ray MA. Complexity and nursing science. *Nurs Sci Q* 1998;11(3): 91–3.
- [24] Silvestro A, Maricchio R, Montanaro A, Molinar Min M, Rossetto P. La complessità assistenziale. In: Concettualizzazione, modello di analisi e metodologia applicativa. Milano: McGraw-Hill; 2009.
- [25] Meldon SW, Mion LC, Palmer RM, Drew BL, Connor JT, Lewicki LJ, et al. A brief risk-stratification tool to predict repeat emergency department visits and hospitalizations in older patients discharged from the emergency department. *Acad Emerg Med* 2003;10(3):224–32.
- [26] Warburton RN, Parke B, Church W, McCusker J. Identification of seniors at risk: process evaluation of a screening and referral program for patients aged > or =75 in a community hospital emergency department. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv* 2004;17(6):339–48.
- [27] Nasraway SA, Cohen IL, Dennis RC, Howenstein MA, Nikas DK, Warren J, et al. Guidelines on admission and discharge for adult intermediate care units. American College of Critical Care Medicine of the Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med* 1998;26(3):607–10.
- [28] Nozzoli C, Iosa G, Ongari M, Valmori V, Paciotti M, Di Ruscio E. Relazione presentata alla tavola rotonda "Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive". Reggio Emilia 14 aprile 2011.
- [29] Martini M. La Medicina Interna di Vicenza: organizzazione per intensità di cura. Relazione presentata al Congresso Regionale ANIMO Abruzzo. Vasto, 30 aprile 2011.
- [30] Rocco MJ, Papetti A. La valutazione della complessità assistenziale infermieristica in medicina interna: applicazione di due metodi. *It J Med* 2012;6(1):36–41.
- [31] Chesi G, Boni F, et al. Ospedali e modelli organizzativi per intensità di cure: il punto di vista dell'internista. *It J Med* 2012;6(1):21–9.
- [32] Cioni G, Josa G, Chesi G, et al. Medicina interna ed organizzazione ospedaliera per intensità di cure: la posizione di FAEmilia Romagna. *It J Med* 2012;6(1):72–4.
- [33] Arienti V, Baldini L. La Medicina Interna e l'intensità di cura. Relazione presentata al Congresso Regionale SIMEU; Bologna, 12 maggio 2009.
- [34] Pignatto A, Regazzo C, Tiberi P. Intensità di cure e complessità dell'assistenza: i due nuovi paradigmi dell'organizzazione ospedaliera. *Agorà* 2010;44:13–5.