

MODELLO ORGANIZZATIVO

OSPEDALE PER INTENSITA' DI CURE

Quale Ruolo dell'ospedale?

Lo scenario ha le seguenti determinanti base

- programmazione sanitaria

- la transizione epidemiologica

- la dinamica dell'innovazione tecnologica

- il consumerismo

- la centralità del paziente-cittadino

- l'imperativo sociale della qualità delle cure

- le risorse stabili o calanti

- la necessità di un uso efficiente delle risorse

- sostenibilità economica del sistema

LR 40/2005 Regione Toscana:” strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica”.

Regione Emilia Romagna- accreditamento medicina Interna
Sperimentazioni in 9 Aziende Sanitarie 2012

Nella progettazione di un ospedale per intensità di cura bisogna adottare una prospettiva di analisi ampia tenendo conto delle prospettive di quattro attori fondamentali del sistema:

- ✓ Direzione ospedaliera (assetto organizzativo e strutturale)
- ✓ i professionisti (modelli di presa in carico e meccanismi operativi)
- ✓ integrazione ospedale-territorio
- ✓ paziente (bisogni e percezioni)

Nelle attuali organizzazioni dei reparti esiste un'estrema VARIABILITÀ della gravità clinica e del carico assistenziale.

Un'attenzione clinica media può risultare superiore o insufficiente per i pazienti dello stesso reparto.

Le conseguenze di tale appiattimento alla media sono note come :

Effetto tetto- si ha quanto un utente con elevati bisogni è inserito in un sistema a bassa offerta per cui stressa il sistema ottenendo un'assistenza maggiore degli altri ma mai quella che gli è necessaria. Quindi ha un'assistenza inadeguata.

Effetto pavimento- quando un utente con modesti bisogni assistenziali è inserito in un sistema ad elevata offerta ricevendo una quota di assistenza superiore a quella necessaria sia qualitativamente sia quantitativamente. Ne deriva uno spreco di risorse.

Da un modello di ospedale suddiviso in “reparti”, organizzato attorno al “sapere” specifico, basato sulla crescita per unità specialistiche, per frammentazione di saperi,

l'evoluzione della sanità e particolarmente

la dimensione economica

bisogno di integrazione dei saperi

sviluppo epidemiologico e demografico

hanno spinto ad un modello di ospedale che vede la centralità del paziente.

Questo significa ripensare l'organizzazione per reparti e dare risposte efficaci e mirate per tipologia di pazienti.

Questa organizzazione comporta il ripensamento della PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE che deve essere il più possibile

personalizzata

univoca

condivisa fra i diversi livelli di cura.

Occorre passare dal principio di “hosting” al principio di “case management”, dalla cura della malattia alla presa in carico del paziente.

Questo comporta modelli di lavoro multidisciplinari per processi ed obiettivi con definizione di LINEE GUIDA E PROTOCOLLI CONDIVISI.

Devono essere creati nuovi ruoli professionali coerenti con nuovo sistema.

Di qui **l'ospedale per intensità di cura** ovvero organizzato secondo il livello di cure valutato in base al grado di instabilità clinica e complessità assistenziale (medica e infermieristica).

- Livello di instabilità clinica (3 livelli)
- Complessità assistenziale (autosufficienza, disordini cognitivi, terapia, supporto familiare,...)

L'organizzazione della degenza significa similarità dei bisogni e dell' intensità di cure piuttosto la contiguità di patologie afferenti alla medesima branca specialistica.

Le specialità non spariscono ma lavorano trasversalmente nelle diverse Aree.

Graduare l'intensità di cura per ogni paziente significa che ai diversi gradi di instabilità clinica rispondere in modo diverso

per tecnologie disponibili

per competenze presenti

per qualità e quantità di personale assegnato

La complessità assistenziale è un metodo che “pesa” il paziente dal punto di vista infermieristico e non solo clinico in base ai bisogni, autonomia, stabilità/instabilità delle funzioni vitali, orientamento spazio-temporale.

Tre livelli di cura

LIVELLO 1= terapia intensiva e semintensiva

LIVELLO 2= ricovero ordinario e a ciclo breve (week surgery)

LIVELLO 3= post acuzie e low care

Day hospital e ambulatori

Livello 1- è centralizzato e polivalente superando le separazioni attualmente esistenti fra le intensive di varia specialità (cardiologiche, respiratorie).
Opportuna l'adiacenza logistica di tutti i letti di livello 1 per una maggiore flessibilità delle risorse

Livello 2- hanno una forte variabilità all'interno relativamente alla complessità medica e infermieristica

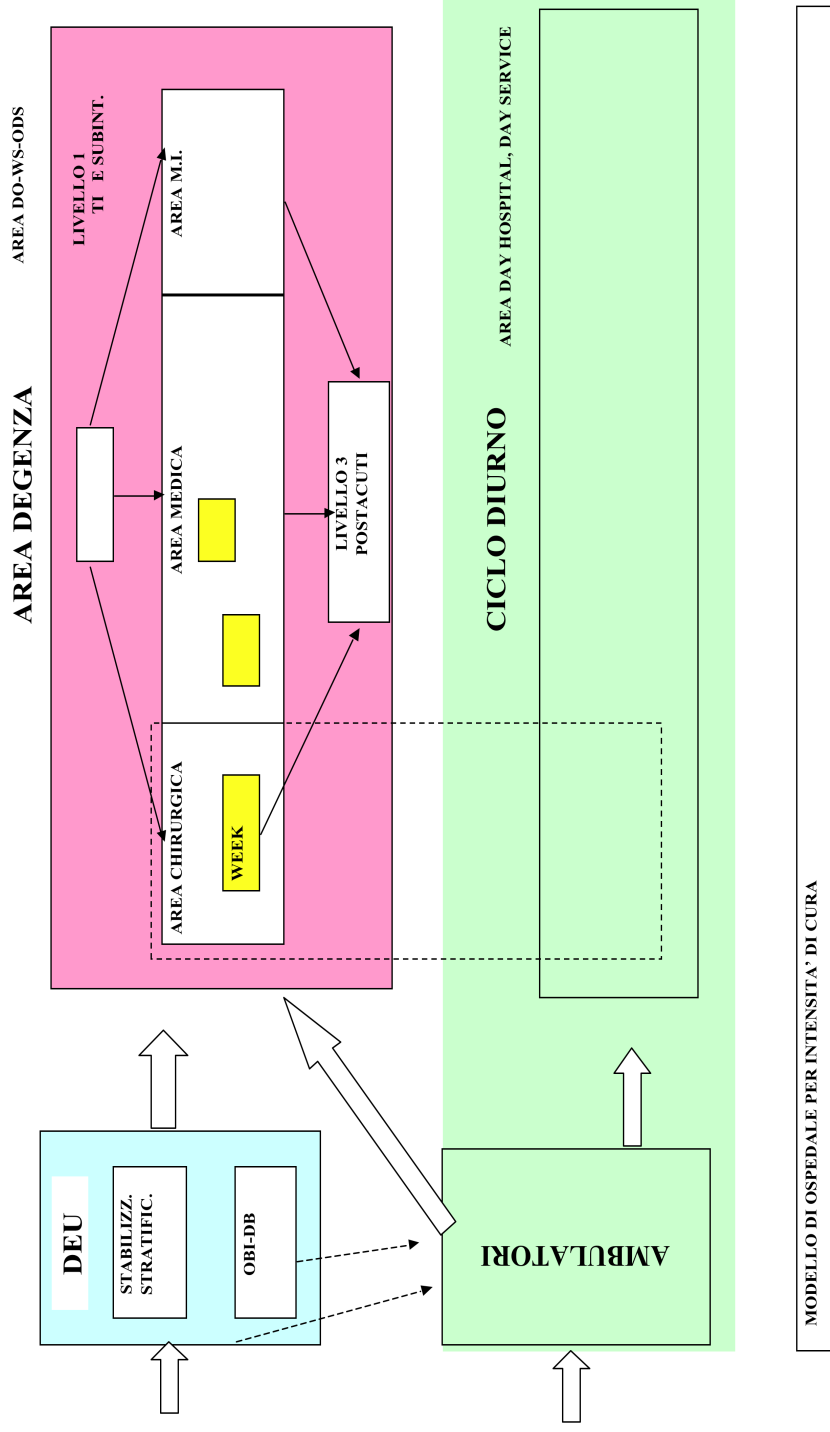
Livello 3- area di decompressione, zona dove trasferire pazienti non dimissibili (anche per problemi sociali)

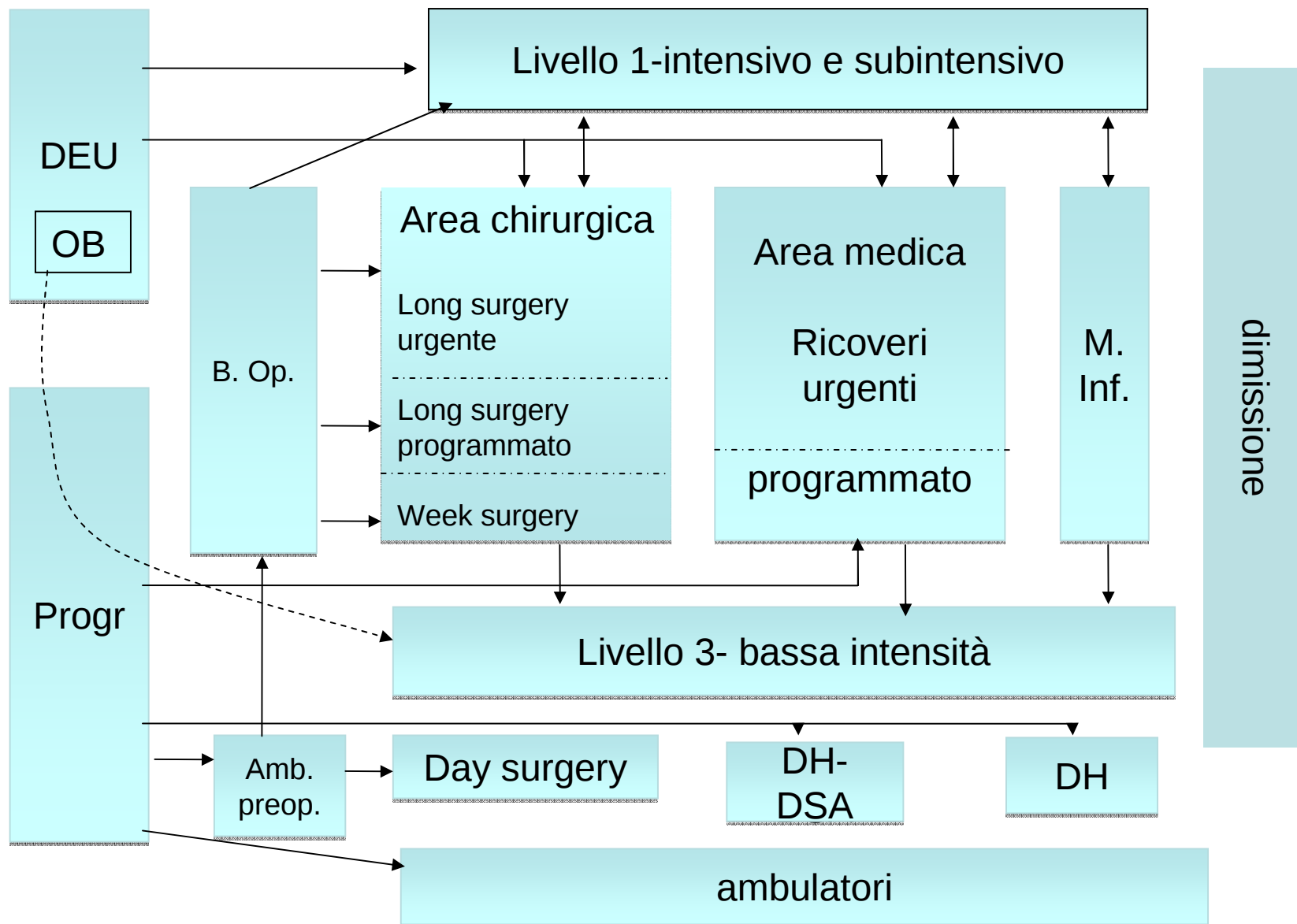
Oggi gli aspetti di gestione della malattia e logistico coincidono.

Nel nuovo modello ci sono aree logistiche comuni per diverse componenti cliniche e assistenziali e le degenze sono pensate per complessità assistenziale e intensità di cura.

Si parla di

- ambulatori
- Day Hospital e Day Surgery
- week hospital
- week surgery (riprogrammazione attività di S.O.)
- Aree di Ricovero ordinario (aree multispecialistiche su base dipartimentale differenziate per complessità assistenziale)
- Aree high care (multispecialistiche a forte sorveglianza infermieristica con letti monitorizzati dove va il paziente post-chirurgico o medico instabile quando non necessita di terapia intensiva.)
- terapia intensiva
- Area post acuti





FILTRO DEL DEU

Il DEU stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello a cui compete. Devono essere condivisi i protocolli con le indicazioni all'invio nell'area di degenza appropriata.

Il DEU deve avere posti letto con due finalità:

0-4 ore –fase prediagnostica e di stabilizzazione

4-24 ore- osservazione e trattamento in previsione della dimissione.

E' necessaria la condivisione fra i professionisti dei criteri di passaggio, accesso ed esclusione per i diversi livelli di cura.

Il nuovo modello prevede la nascita di nuove figure:

RESPONSABILE di AREA e INFERMIERE di Area con le principali funzioni di gestione dei letti e gestione delle risorse.

MEDICO TUTOR E INFERMIERE REFERENTE con la funzione della presa in carico effettiva del paziente

RUOLO del

Medico tutor

Infermiere tutor

MEDICO TUTOR

Il medico tutor, entro le 24 ore, si prende in carico il paziente dopo l'accettazione, stende un piano clinico ed è responsabile del percorso clinico dello stesso. Vigila e riferisce sulla corretta applicazione dei piani di cura secondo i piani condivisi nei breafing. Si interfaccia con il MMG di cui è il principale interlocutore, con il paziente e con la famiglia. L'assegnazione del paziente al medico tutor è fatta dal Direttore dell'U.O. Ogni medico può essere tutor. Alcuni medici saranno tutor, altri prevalentemente specialist e consultants

E' responsabile dell'iter diagnostico-terapeutico del paziente. Si avvale dei consultants e degli specialist per perfezionare la diagnosi e offrire un'adeguata risposta terapeutica. E' coadiuvato da medici di appoggio (tutors juniors) e dal team infermieristico (team nursing)

Esperto in comunicazione?
esperto in percorsi assistenziali?

Cambiamento culturale

Il medico tutor segue il paziente nel percorso. Se il paziente passa in area intensiva rimane lo stesso medico tutor e l'anestesista è una figura di consulente del medico tutor per questa fase del percorso ma comunque il responsabile professionale del paziente che ha in carico.

INFERMIERE REFERENTE

infermiere responsabile dell'assistenza al paziente e del risultato del progetto assistenziale

Il paziente è assegnato all'infermiere referente in base alla competenza .

Gli altri infermieri svolgono la funzione di “associati” , erogano prestazioni secondo il programma e garantiscono la continuità assistenziale in assenza dell'infermiere referente.

L'applicazione di questo modello organizzativo comporta :

Lavorare per percorsi clinici integrati

Assistenza basata sulla presa in carico

Comunicazione orizzontale

Strumenti comuni

Integrazione delle professionalità

Piani di cura integrati

Cambiamenti dei ruoli e delle responsabilità

Corretto sviluppo della FORMAZIONE degli operatori

La GESTIONE DEL PAZIENTE spetta sempre all'U.O. che si prende in carico il paziente, sempre identificabile durante tutto il percorso del paziente anche in caso di percorsi polispecialistici .

La RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE non si contrappone al metodo di lavoro collegiale interprofessionale e interdisciplinare.

L'INTEGRAZIONE delle competenze specialistiche è un obiettivo di qualità di qualsiasi modello organizzativo.

La CONTINUITÀ ASSISTENZIALE è un requisito di sistema e non può essere garantita da un singolo operatore né tanto meno dal fatto che il paziente rimanga materialmente ricoverato sempre nello stesso letto.

La figura del medico tutor è un passo avanti rispetto alla qualità delle cure erogate.

STRUMENTI DI COORDINAMENTO INTERPROFESSIONALI

necessità di una forte standardizzazione degli strumenti informativi e delle modalità organizzative e una buona programmazione dei tempi.

Necessità di un'ottimo COORDINAMENTO dell'infermiere referente e del medico tutor.

Briefing giornalieri
cartella clinica integrata

PERCORSI CLINICI INTEGRATI

Rappresenta lo strumento fondamentale per la presa in carico del paziente da parte di tutti i professionisti.

Integrando le competenze di tutti i professionisti e permettendo l'uniformità dei processi.

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

È uno strumento di integrazione fra le varie professioni che intervengono nel percorso del paziente.

Lo strumento rimane lo stesso (UNICO) nelle varie fasi di intensità di cura del paziente e rappresenta il presupposto della continuità e personalizzazione dell'assistenza.

Tale strumento deve essere quindi fruibile da parte di tutti gli operatori e favorire la visione d'insieme immediata degli interventi svolti da tutte le figure coinvolte senza ripetizioni

Tale riprogettazione dell'ospedale impone

- una qualificazione dell'offerta territoriale che garantisca la presa in carico del paziente
- La creazione di un filtro territoriale che migliori l'appropriato accesso all'ospedale.
- potenziamento del MMG e dell'infermiere territoriale che facciano da trade-union fra i vari momenti di presa in carico del paziente
- condivisione dei percorsi assistenziali che facilitino il passaggio di presa in carico fra ospedale e territorio

Da presidiare in quanto critici:

Processo di comunicazione con l'utente

Presa in carico del paziente e il coordinamento del suo percorso

Processo di rassicurazione dell'utente mediante l'accoglienza e la chiarezza del suo percorso e della sua permanenza nelle strutture.