

Sanità Toscana

Poste Italiane
Sped. in A.P. D.L. 353/2003
conv. L. 46/2004, art. 1, c. 1, DCB Roma

Versione Pdf del supplemento al n. 45
anno XIII del 30 nov.-6 dic. 2010
per la pubblicazione sul sito
della Regione Toscana
www.regione.toscana.it

Salvaguardare il dialogo tra professioni

di Antonio Panti *

Molti parlano di See&Treat senza aver compreso la questione. Tentiamo di spiegarla. Gli infermieri, come i medici, escono dal triennio universitario senza una professionalizzazione specifica. Assunti nel servizio sanitario possono svolgere molteplici compiti importanti e in ogni Asl sono preparati a "fare" secondo il bisogno. Il Csr si è posto, su proposta dei dirigenti ospedalieri, questo problema, a partire dalla necessità del pronto soccorso di snellire un lavoro sempre più pesante. La soluzione prevede che, definito un bisogno di professionalità infermieristica, si prepara un corso regionale che, sulla base di protocolli condivisi tra professionisti, consente all'infermiere che ha superato l'esame finale e ricevuto l'attestato regionale, di svolgere le prestazioni richieste. Nel pronto soccorso l'infermiere così preparato affronterà una serie di codici minori, consentendo al medico maggior tempo per i casi complessi. Aver "proceduralizzato" la formazione professionalizzante è un vantaggio indiscutibile.

Allora quale è il problema? La legge 251/2000 prescrive che gli infermieri svolgano le prestazioni derivanti dalle proprie competenze (quelle acquisite nel corso di studio) in «autonomia professionale» e che le Regioni valorizzino il loro ruolo senza incidere sugli atti spettanti ai medici. È evidente la difficoltà

CONTINUA A PAG. 2

SEE&TREAT

La sperimentazione è attiva in sei pronto soccorso della Regione

Super infermieri in campo

Individuate 44 patologie minori - Operatori affiancati da medici tutor

See&Treat: guarda o meglio vedi, riconosci e tratta; quindi "dimetti" il paziente, ovvero nessuna o poca attesa prima della visita e ridotto al minimo anche il tempo di permanenza in ospedale per tutte quelle problematiche cliniche minori che non necessitano di un particolare iter diagnostico né di interventi terapeutici complessi e che possono essere serenamente gestite da laureati in scienze infermieristiche opportunamente formati. Ispirandosi a un modello inglese è nata, negli stessi professionisti, l'idea di sperimentare un nuovo assetto organizzativo in cui, individuati i pazienti a più bassa necessità assistenziale, se ne differenzia il percorso differenziando anche le risorse, in termini di personale sanitario, da destinare al percorso stesso, in modo da utilizzare al meglio tutte le competenze presenti nel nostro sistema sanitario.

La sperimentazione è attiva in 6 pronto soccorso ed è l'infermiere del triage che valuta, in base ai segni e sintomi riferiti dal paziente e alla sua storia clinica, se è idoneo ad accedere al percorso in See&Treat, se rientra nella casistica delle 44 problematiche minori selezionate dal gruppo di lavoro regionale che ha portato avanti la sperimentazione, composto da professionisti (medici e infermieri) individuati dal Consiglio sanitario regionale. Col triage non si attribuisce più solo un codice colore, che determina la priorità di accesso alla visita, ma si definisce un preciso percorso assistenziale, differenziato sul piano professionale. Nell'ambulatorio del See&Treat il cittadino è accolto da un infermiere, opportunamente formato, che per tutta la durata della sperimentazione è affiancato da un medico tutor che valida e condivide il suo operato caso per caso.

L'infermiere valuta nuovamente il problema che ha portato il cittadino in pronto soccorso e lo tratta secondo protocolli operativi specifici, elaborati dal gruppo di lavoro regionale, che ha avuto modo di apprendere a fondo, sia negli aspetti teorici che pratici, durante il percorso di formazione. In questo percorso dedicato, l'infermiere può prendersi cura del cittadino in uno spazio e un tem-

I numeri del See&Treat

- Formazione: 42 ore per i medici tutor, 180 ore per gli infermieri s&t
- Ospedali: 6 Ps di 6 ospedali toscani
- Medici tutor: 24 (4 per Ps)
- Infermieri certificati s&t: 36 (6 per Ps)
- Casistica: 44 problematiche cliniche minori
- Attività s&t: tutti i giorni feriali (sabato compreso) 8:00-22:00
- Durata della sperimentazione s&t: 6 mesi (metà novembre 2010-metà aprile 2011)



GIORNATA MONDIALE

Focus Hiv, una malattia «dimenticata»

Un convegno per fare il punto il 1° dicembre all'ospedale Careggi di Firenze

Il 1° dicembre è la Giornata mondiale per la lotta all'Aids e anche la Regione Toscana vuole ricordare un tema tanto importante con un convegno a Firenze, presso il Padiglione 3 del nuovo ingresso dell'ospedale Careggi del capoluogo toscano. All'evento si parlerà della Toscana e della lotta all'Hiv, presentando anche i dati epidemiologici sull'infezione nel territorio regionale (alcuni di questi riportati nella seconda pagina di questo numero).

Verranno illustrate le linee guida, il management del paziente sieropositivo, del «Progetto Hiv-Aids: una malattia dimenticata, sensibilizzazione e offerta del test» e del congresso Icar 2010, congresso dell'International Aids society (Ias), che si svolgerà nel luglio 2011 a Roma. Nella stessa giornata, al cinema Odeon di Firenze, ci sarà una rassegna cinematografica in collaborazione con il Florence queer festival. Verranno proiettati «Rock Hudson dark and handsome stranger» di Andrew Davies (Germania 2010), «Making the boys» di Crayton Robey (Usa 2009) e la proiezione dei video queer sul tema «Aids, percezione del rischio e prevenzione» con la premiazione del miglior corto a cura della Regione Toscana e «House of boys» di Jean Claude Schlim (Lussemburgo-Germania 2009).

po adeguati e istruirlo opportunamente anche sul comportamento da tenere nei giorni successivi a domicilio, sull'eventuale terapia, sia farmacologica che comportamentale, su quando e perché farsi rivalutare dal proprio medico curante.

Le 44 problematiche cliniche minori passibili di trattamento in See&Treat (Dgr 449/2010) non richiedono, nella maggior parte dei casi, ricorso a esami diagnostici (di laboratorio o radiologia tradizionale) e possono essere identificate e poi trattate solo a seguito dell'anamnesi (colloquio) e della valutazione ispettiva. Tutto ciò comporta, se presente un percorso dedicato, un minor tempo di attesa e di permanenza nel Pronto soccorso, e permette al tempo stesso un'adeguata presa in carico, da parte del personale sanitario, del bisogno complessivo del cittadino.

Gli infermieri che partecipano alla sperimentazione del See&Treat, sei per pronto soccorso, sono infermieri laureati o diplomati, con la certificazione regionale in triage e con esperienza almeno triennale nei dipartimenti di emergenza-urgenza e hanno seguito un corso di formazione regionale di 180 ore suddiviso in moduli (area clinico-assistenziale e organizzativa, area tecnico-professionale, area etico-relazionale, formazione sul campo che prevede una riflessione in progress sull'operato e sui problemi che ne potranno scaturire).

La valorizzazione della professionalità infermieristica che tale nuova modalità organizzativa comporta, consente al tempo stesso la possibilità di concentrare le risorse mediche sui casi a maggiore complessità clinica permettendo, agli affollati dipartimenti di emergenza-urgenza, di continuare a garantire la loro principale funzione: diagnosticare e trattare-stabilizzare le vere emergenze-urgenze.

Marina Cappugi

Dirigente medico della direzione generale Diritti di cittadinanza e coesione sociale, Regione Toscana

SERVIZI A PAG. 3 E 7

CONTROCANTO

Il rischio di un corto circuito normativo

di Riccardo Cassi *

La sperimentazione del See&Treat pone problemi normativi e deontologici riguardo alle competenze che possono essere affidate agli infermieri. Personalmente, infatti, condivido l'opinione di quelli che ritengono che, per modificare i profili professionali, non sia sufficiente una legge regionale, né tantomeno una semplice delibera di

Giunta come nel nostro caso, ma occorra un intervento legislativo nazionale, a garanzia degli operatori e dei cittadini.

Con il See&Treat, si è importata una metodica da un Paese, come la Gran Bretagna, dove la legislazione e i compiti riconosciuti agli infermieri sono ben

CONTINUA A PAG. 2

LEGGI&DELIBERE

▼ Osservatorio SdS: intesa con l'Anci

Approvato lo schema di protocollo d'intesa tra Regione Toscana e Anci Toscana per perseguire azioni specifiche di osservazione sulle attività delle SdS attraverso la produzione di strumenti conoscitivi e di supporto per la programmazione delle politiche socio-sanitarie a livello locale. La Regione si impegna a svolgere funzioni di indirizzo delle azioni dell'osservatorio SdS, adottare adeguate forme di comunicazione in ambito regionale e interregionale e favorire il raccordo tra l'osservatorio SdS e gli altri soggetti che operano nel settore dei servizi sociali e socio-sanitari. (Delibera n. 964 del 15/11/2010)

▼ Farmacovigilanza: fondi a Firenze

La Regione garantirà il funzionamento del Centro regionale di farmacovigilanza III livello assegnando all'azienda Usl 10 di Firenze 200mila euro in attesa dell'apposito finanziamento ministeriale, quale anticipazione delle risorse che saranno ripartite ai vari livelli del sistema regionale di farmacovigilanza sulla base della suddetta assegnazione ministeriale. Decisione presa considerando che veniva individuata l'azienda Usl 10 di Firenze, quale supporto al funzionamento del Centro regionale di farmacovigilanza III livello che ha provveduto ad assicurare le risorse per il funzionamento per gli anni 2008, 2009 e 2010, anche in assenza di apposito finanziamento. (Delibera n. 961 del 15/11/2010)

ALL'INTERNO

Aids: i frutti del vaccino Tat

A PAG. 2

Ricovero: cure al riordino

A PAG. 4-6

Il See&Treat nelle Province

A PAG. 7

HIV

I primi dati della sperimentazione di fase II effettuata sull'uomo



I frutti del «Vaccino Tat»

I test condotti presso l'Uo di Malattie infettive della Asl 10 Firenze

L'11 novembre scorso la prestigiosa rivista on line «Plos one» antesignana nella diffusione open-access di risultati di sperimentazioni scientifiche (www.plosone.org), ha pubblicato i risultati dell'interim analisi dello studio di fase II del candidato vaccinale basato sulla proteina Tat di Hiv-1, condotto dal gruppo coordinato da Barbara Ensoli del Centro nazionale Aids dell'Istituto superiore di Sanità (Iss), che mostrano un'efficacia terapeutica mirata e selettiva del preparato vaccinale (<http://www.hiv1tat-vaccines.info/italian/index.php>). In sintesi negli 87 soggetti che hanno raggiunto la 48ª settimana, pazienti in terapia antiretrovirale e con replicazione di Hiv1 controllata, è stata osservata non solo la presenza di una risposta immunitaria specifica anticorpale e cellulare, ma anche la riduzione delle alterazioni del sistema

immune indotte da Hiv che persistono nonostante una efficace terapia antiretrovirale d'associazione.

L'avvento negli ultimi 10-15 anni dei nuovi farmaci antiretrovirali ha modificato il decorso clinico dell'infezione da Hiv. La soppressione della replicazione virale è raggiunta in oltre il 90% pazienti trattati cronicamente; ne deriva una sufficiente ripresa delle difese immunitarie tale da proteggerli dalle complicanze dovute alle infezioni opportunistiche, potenzialmente letali, che definivano l'Aids. Infatti l'aspettativa media di vita dei pazienti Hiv positivi ha quasi raggiunto quella delle persone non infette; ma le attuali terapie antiretrovirali non sono ancora in grado di «eradicare» l'infezione e di restaurare l'omeostasi immunitaria: persiste uno stato di «immunoattivazione» che è alla base delle complicanze «non-Aids» che caratterizzano la fase

attuale della malattia Hiv, nella quale patologie «cronico-degenerative» e neoplastiche occorrono precocemente e più frequentemente rispetto alla popolazione generale.

La sperimentazione, avviata nell'autunno del 2009, è condotta in 10 centri clinici italiani. In Toscana ha avuto luogo presso l'Uo di Malattie infettive della Asl 10 di Firenze diretta da Francesco Mazzotta. Lo studio, che sta concludendo la fase di arruolamento, prevede il confronto di 2 diverse dosi di vaccino secondo 2 differenti schedule (3 o 5 dosi) e ha confermato la mancanza di sostanziale tossicità già osservata nella fase I. Come confronto sono stati utilizzati altrettanti pazienti seguiti nei medesimi centri, con caratteristiche identiche e analizzati presso lo stesso laboratorio centralizzato. I primi 87 pazienti vaccinati che hanno

raggiunto le 48 settimane di osservazione, hanno presentato un significativo aumento sia delle cellule T Cd4+ sia delle cellule B rispetto al gruppo di riferimento non vaccinato. Inoltre i pazienti vaccinati con Tat hanno mostrato un significativo recupero funzionale del sistema immunitario e una marcata riduzione dello stato di attivazione immunologica cronica. Questi risultati indicherebbero che, in seguito al blocco selettivo dell'azione di Tat indotto dal vaccino, i farmaci antiretrovirali potrebbero funzionare molto meglio e le persone in terapia, specie quelle con maggiore compromissione del sistema immunitario, trarre giovamento dalla vaccinazione.

Massimo Di Pietro
Uo Malattie infettive Asl 10 di Firenze



L'AIDS UCCIDE MENO MA GLI ETEROSESSUALI SONO NELL'OCCHIO DEL CICLONE

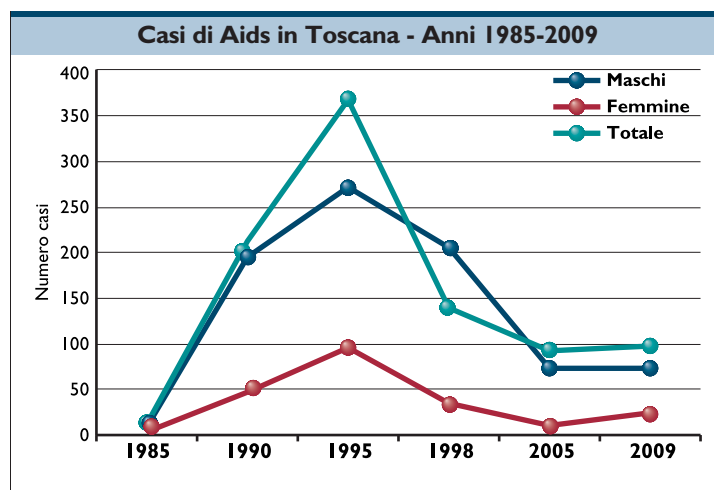
■ Secondo il rapporto dell'Oms e la Uniting world against Aids alla fine del 2008 erano 33,4 milioni le persone affette da Hiv nel mondo, 2,7 milioni quelle che avevano appena contratto il virus e 2 milioni i malati deceduti per Aids (Aids epidemic update 2009). Il 67% dei malati vive nei Paesi dell'Africa sub-sahariana, dove si concentra il 72% dei decessi per malattie correlate all'Aids. Tra le regioni più colpite nel mondo anche l'Asia meridionale e il Sud-est asiatico. Tra i Paesi più colpiti dall'epidemia, la prevalenza maggiore è stata registrata in Swaziland, Botswana, Lesotho, Zimbabwe, Sud Africa, Zambia e Malawi. Malgrado in questa regione africana il numero di persone che vivono con l'Hiv sia in crescita, anche per l'aumento della longevità delle persone malate, nel complesso il tasso delle nuove infezioni è in declino di circa il 25% rispetto al 1995.

In Toscana, secondo il Registro regionale Aids affidato all'Osservatorio di Epidemiologia dell'agenzia regionale di Sanità della Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2009, sono 3.937 i casi di Aids residenti in Toscana diagnosticati ovunque in Italia. Dal 2001 non si registrano casi pediatrici di Aids (età alla diagnosi inferiore a 13 anni). Ci si ammala in età sempre più avanzata: l'età mediana alla diagnosi è in aumento progressivo sia nei maschi che nelle femmine (44 anni nei primi e 40

nelle seconde). L'andamento temporale dei casi tra i residenti in Toscana è analogo a quello nazionale: dal 1995 si registra una progressiva diminuzione dovuta all'introduzione delle terapie antiretrovirali, che si è stabilizzata nell'ultimo decennio a circa 100 nuovi casi l'anno. L'assestamento delle nuove diagnosi è una conseguenza dell'allungamento del tempo di incubazione dell'Aids dovuto all'effetto della terapia antiretrovirale combinata. L'incidenza è maggiore tra i maschi, nel 2009 il rapporto maschi/femmine è di 3 a 1.

Nel contesto nazionale la Toscana (secondo i dati dell'Iss) si colloca, per tasso di incidenza, al quarto posto (2,7 per 100mila ab.) preceduta da Lazio (3 per 100mila ab.) e Liguria (4,1 per 100mila ab.). Venendo a un'analisi regionale, sono le Ausl di Viareggio, Livorno e Prato a presentare, nell'ultimo triennio, tassi di incidenza superiori a 4 casi ogni 100mila residenti, mentre quella di Arezzo registra il tasso di incidenza aziendale più basso (0,6 per 100mila residenti).

Le persone malate di Aids viventi in Toscana al 31 dicembre 2009 sono 1.419. Il tasso di letalità è del 63,4 per cento. In particolare, i casi di Aids diagnosticati all'inizio dell'epidemia (1985-1986) risultano al 31 dicembre 2009 tutti deceduti, mentre è deceduto il 91,6% di quelli diagnosticati tra il 1987 e il 1995, e poi seguono tassi di letalità progressivamente decrescenti negli anni successivi. Considerando simultaneamente tassi di



incidenza e tassi di prevalenza, si nota come a fronte di una stabilizzazione dei primi si contrappone un forte incremento dei secondi, legato all'aumento della sopravvivenza. In Toscana, come del resto in Italia, la sopravvivenza delle persone con Aids a 2 anni dalla diagnosi è più che raddoppiata in seguito all'introduzione delle terapie antiretrovirali nel 1996, passando dal 31% negli anni 1985-1995, al 70% nel periodo 1996-2002, per raggiungere il 79% nel periodo 2003-2009.

Tra i casi di Aids, la modalità di trasmissione del virus Hiv ha subito nel corso degli anni un'inversione di tendenza: il maggior numero di infezioni non avviene più, come agli inizi dell'epidemia per la tossicodipendenza, ma è attribuibile prevalentemente a trasmissione sessuale, soprattutto eterosessuale.

Queste due ultime categorie di trasmissione rappresentano nell'ultimo triennio la modalità di trasmissione del 75,6% dei nuovi casi adulti di Aids e in particolare, il 43,5% è relativo a rapporti eterosessuali. Questo dato sottolinea l'abbassamento del livello di guardia nella popolazione generale: gli eterosessuali non si ritengono soggetti «a rischio» e invece rappresentano la categoria che più ha bisogno di informazione. Questo sembra quindi l'ambito sul quale puntare in modo deciso le campagne di informazione e di prevenzione. Questi dati saranno presentati in uno degli interventi del convegno organizzato dalla Regione Toscana per il 1º dicembre prossimo «La Toscana e la lotta all'Hiv».

Fabio Voller, Veronica Casotto
Osservatorio Epidemiologia dell'agenzia regionale di Sanità della Toscana

CONTROCANTO (segue dalla prima pagina)

diversi da quelli italiani, mentre la nostra normativa prevede che il campo di attività delle professioni sanitarie sia determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi, da quelli degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma universitario (e in Italia la laurea infermieristica non prevede quei compiti che il See&Treat affida agli infermieri) e non deve invadere le competenze previste per la professione medica, ed è indubbio che diagnosi e terapia lo siano.

Tutto questo porta a una situazione di incertezza normativa sia per il medico che per l'infermiere, con possibili pesanti conseguenze in caso di evento avverso, sempre possibile in medicina, che vedrebbe comunque il medico

coinvolto in prima persona, anche se non avesse neppure visto il paziente, perché la giurisprudenza lo riconosce comunque responsabile. Vi è inoltre l'aspetto della corretta informazione del cittadino e del suo consenso a essere «curato» da una persona non abilitata a farlo. Esistono, infine, problemi in tema di certificazione di malattia che se eseguita dal medico, senza un suo diretto intervento, lo renderebbe passibile di pesanti sanzioni, compresi il licenziamento e la radiazione, in applicazione del Dlgs 150/2009.

Il See&Treat rischia, quindi, di creare gravi problemi senza riuscire a incidere in misura concreta sulla riduzione dei tempi di attesa nei pronto soccorso; i Dea sono strutture che svolgono la lo-

ro funzione primaria nel rispondere in modo rapido e adeguato alle emergenze, l'obiettivo che ci si deve porre è quindi evitare che possano essere intasati da codici bianchi e verdi. Ritengo quindi preferibile creare percorsi alternativi, gestiti da medici, che evitino il ricorso ai Dea degli ospedali per problematiche non di emergenza-urgenza, come indicato dal Piano sanitario nazionale. Il sistema toscano si pone come obiettivo primario l'appropriatezza, appare contraddittorio destinare non poche risorse a un utilizzo altamente inappropriato dei Dea/ Ps.

Presidente nazionale Cimo-Asmd
e consigliere dell'Ordine
dei medici di Firenze

Salvaguardare il dialogo... (segue dalla prima pagina)

di riempire di contenuti questa norma. Tuttavia non si capisce perché dei laureati non si debbano assumere la responsabilità di quel che fanno, all'interno di una medicina che progredisce ogni giorno così da porre per tutti sempre più in alto l'asticella delle competenze specifiche. Il Csr ha concluso quindi, a proposito di See&Treat, che occorresse una sperimentazione al cui termine chiedere al Ministero di sancire la responsabilità dell'infermiere rispetto alla autonomia con cui ha svolto le prestazioni decise sulla base di protocolli concordati. Il che ha generato la preoccupazione di alcuni medici di veder incrinata la propria responsabilità verso i pazienti.

Di fronte al problema dell'in-

tegrazione tra coloro che operano all'interno dei complessi percorsi assistenziali della Sanità moderna, il Csr ha ritenuto che il metodo migliore per affrontarlo fosse il confronto tra professionisti per individuare soluzioni condivise da offrire alla politica. Incrinare questo dialogo che ha portato, per la prima volta in Italia, le società scientifiche toscane a condividere con infermieri e tecnici di radiologia un documento sull'ospedale per intensità di cure, è un errore perché rimette, ancora una volta, le decisioni ai politici e perché rischia di inficiare un rapporto fondamentale nell'interesse dei pazienti.

* Vice-presidente Consiglio sanitario regionale (Csr)

EMERGENZA Criticità e benefici nella gestione alternativa dei “codici minori”

«See&Treat», prove di futuro



Il nuovo sistema è parte del progetto di riordino dei pronto soccorso

Il «See&Treat» (S&T) nasce in Inghilterra negli anni Ottanta da una semplice riflessione: perché pazienti che hanno problemi clinici di lieve entità devono aspettare ore e ore in Pronto soccorso (Ps) quando, con un intervento di breve durata, possiamo risolverli? La riflessione non è spinta solo dall'interesse per quei singoli pazienti ma anche, e soprattutto, dalla acquisizione ormai universale che il lavoro in Ps - dal punto di vista qualitativo - è fortemente influenzato dall'affollamento dei pazienti. Più sono le presenze (in attesa di visita, in visita, in attesa di posto letto) meno efficace e meno efficiente è il pronto soccorso nel suo complesso.

Su queste basi, negli ospedali del Regno Unito, si è sperimentata un'organizzazione che prevedeva un rapido canale di flusso per i pazienti con “codici minori”: il primo medico o infermiere disponibile era chiamato a risolvere tali problemi che, nella stragrande maggioranza dei casi, non avevano necessità di assorbire che poche o nessuna risorsa diagnostica strumentale. Da questa iniziale idea molti

Per le liste d'attesa serve un intervento di più ampio respiro

modelli sono stati sperimentati negli ospedali inglesi e, in particolare, in seguito alla riforma dell'«Emergency care» del 2001, che aveva fra gli obiettivi fondamentali quello di ridurre i tempi di attesa e permanenza dei Ps, il S&T ha avuto una grande diffusione. Dati gli anni che sono passati dall'inizio della realizzazione della modalità organizzativa, più volte sono stati tentati bilanci critici sulla metodica stessa. Dai vari lavori pubblicati si deducono alcune principali considerazioni generali che riassumiamo di seguito:

- assenza di analisi critica del S&T nel suo complesso. I dati provengono più da singole esperienze che da uno studio sistematico;

- “inappropriatezza” dell'utilizzo del personale più esperto per la presa in carico dei pazienti meno urgenti e impegnativi;
- trattamento dei pazienti come “numeri da smaltire” e scarsa “umanizzazione” dell'assistenza;
- difficile sostenibilità in modo continuativo (carenza del personale);
- possibile utilizzo di risorse professionali non sempre all'altezza del sistema (formazione a volte affrettata);
- apprezzamento da parte degli operatori sanitari che riferiscono l'utilità per la riduzione delle attese e il miglioramento dei percorsi assistenziali;
- indubbi vantaggi nel grado di soddisfazione lavorativa dello staff stesso;
- il S&T rappresenta solo una parte del lavoro di riorganizzazione dei servizi di emergenza intra ed extraospedalieri. La risoluzione del problema delle attese e dei

ritardi richiede infatti una azione di intervento nei confronti dell'intero sistema dell'emergenza;

- il S&T comunque fornisce l'opportunità all'équipe di pronto soccorso di esercitare un controllo sui problemi che sono nel suo diretto dominio;
- è consigliata un'adozione di S&T tarata sulla casistica specifica delle singole realtà.

L'esperienza della Regione Toscana, che sconta di partenza una diversa situazione normativa delle professioni sanitarie, si inserisce su queste esperienze e su queste riflessioni critiche generali. Dal nostro punto di vista consideriamo la sperimentazione una sorta di prolungamento/estensione dell'importante lavoro di formazione in triage che ha interessato centinaia di infermieri e inseriamo l'idea del S&T nel processo di riorganizzazione dei Ps negli ospedali concepiti per intensità di cure: il S&T non è altro che

la prefigurazione, sia pure parziale, di uno dei flussi omogenei (bassa, intermedia, alta intensità) che saranno alla base dell'organizzazione dei Ps in un futuro che speriamo non lontano.

Oggi siamo all'inizio. Partiamo con realismo e prudenza, ma con la consapevolezza che si può mettere in moto un meccanismo innovativo nel lavoro e nella organizzazione dei Ps.

Studieremo con attenzione i dati che emergeranno dalla sperimentazione prima di prendere decisioni ulteriori sul proseguimento della metodica organizzativa.

Ci interessa vederne l'efficacia, le ricadute iniziali sulla organizzazione complessiva, la soddisfazione degli utenti che usufruiranno del servizio.

Procederemo con la convinzione che la crescita della professione infermieristica e il continuo miglioramento dei processi organizzativi dei Ps sono fra loro intrecciati e costituiranno un terreno di impegno di tutte le forze del sistema sanitario impegnate nel mantenere e qualificare il sistema dell'emergenza-urgenza. E infine i medici, parte fondamentale del sistema, che dalle nuove modalità organizzative non avranno altro che da guadagnare in professionalità e possibilità di aggiornamento.

Lo specifico del lavoro in Ps è quello di dover rispondere a un'infinita serie di bisogni della più diversa gravità: dalle situazioni di vera e propria emergenza a problemi che di grave hanno solo la preoccupazione soggettiva. L'integrazione professionale, la revisione dei profili e delle responsabilità potranno ottimizzare il nostro potenziale di assistenza, soprattutto nella prospettiva di attraversare un periodo sempre più impoverito di risorse.

Alessandro Rosselli
Direttore Uo Medicina d'urgenza
Ospedale S.M. Annunziata di Firenze e responsabile del Gruppo di lavoro regionale per la sperimentazione del S&T

LA REVISIONE DELLE ESPERIENZE INTERNAZIONALI

Promosso da medici e infermieri

Il fenomeno del sovraccollamento in pronto soccorso è diffuso a livello internazionale. In molte realtà una parte del problema è generata dalla casistica cosiddetta delle urgenze minori e, nei confronti di questa, si sono attivate diverse risposte organizzative coinvolgenti le professionalità mediche e infermieristiche. Spesso la risposta organizzativa ha corrisposto all'attivazione di un percorso dedicato per questi utenti che ha preso il nome di «See&Treat, minor injuries unit, fast track». Si tratta di percorsi frequentemente accomunati dall'impiego di infermieri, con competenze avanzate, nella gestione di questa casistica. Le esperienze sono valutabili principalmente attraverso due revisioni di letteratura, una pubblicata nel 2008 l'altra nel 2010, riportate in

ne di urgenze minori ottenga risultati sulla qualità delle cure, ma non sempre sui tempi di attesa (Steiner I. et al, Cjem 2009).

Quindi, seppure dalla letteratura non giungano risposte inequivocabili, percorsi tipo quello del See&Treat sono ritenuti utili da medici e infermieri, e ne aumentano la soddisfazione, per ridurre tempi di attesa e migliorare la presa in carico del paziente se effettuati da personale esperto. Si richiede però di considerare a fondo le competenze necessarie agli infermieri coinvolti e l'impatto su quelle dell'intero gruppo di lavoro per il rischio di impoverire i percorsi dei pazienti critici, e di considerare adeguatamente la casistica da inserire in questi percorsi, e per trovare la opportuna compatibilità con i costi e per adeguare le competenze alle necessità degli assistiti.

Mancano ancora ulteriori studi per dare giudizi definitivi

Infatti nella maggior parte degli studi citati si riporta una riduzione del tempo di attesa per il trattamento, una riduzione del numero di pazienti che lasciano il pronto soccorso prima di esser visitati, il miglioramento della presa in carico di problemi quali l'analgesia e la cura delle ferite e la riduzione del tempo di permanenza in pronto soccorso, quest'ultimi risultati sono riferiti anche dall'unico studio di classe I selezionato. In aggiunta a quanto riportato dalle revisioni si citano due articoli originali dai quali emerge da un lato come appropriato l'impiego dell'infermiere formato nella gestione di una quota importante della casistica oculistica di pronto soccorso (Buchan J. et al, A&E Nur 2003), dall'altro come l'impiego di infermieri in aggiunta al medico di pronto soccorso per la gestio-

In conclusione il persistere del fenomeno del sovraccollamento in pronto soccorso e la limitata produzione scientifica relativa al See&Treat e alle altre modalità organizzative di front-end sperimentate, sollecitano la conduzione di ulteriori studi per offrire risposte maggiormente validate scientificamente alle difficoltà del sistema d'emergenza. (References: Bambi S., Giusti M., Becattini G., See&Treat in Ps, Air 2008; 27, 3: 136-144. Wiler J., Gentle C., Halfpenney J. et al, Optimizing Ed front-end operations, Annals of emergency Medicine, 2010; 55, 2: 142-160).

Giovanni Becattini
Dirigente infermieristico Asl 7 Siena
Stefano Bambi
Infermiere Ti Dea Aou Careggi Firenze
Marco Ruggeri
Infermiere Dea Aou Careggi Firenze
Enrico Lumini
Infermiere responsabile Upr ricerca ed Ebn A ou Careggi Firenze

UN CORSO DI SEI MESI PER FORMARE GLI OPERATORI NEI PS

Competenze certificate tra aula e tirocinio

Il modello organizzativo See&Treat («Vedi e tratta») è stato approvato dal 2003 nel «National health service» (Nhs) del Regno Unito. L'innovazione organizzativa del modello consiste nell'assunzione di responsabilità dell'infermiere rispetto alle casistiche minori per le quali deve essere garantito un primo approccio/trattamento sulla base di protocolli operativi condivisi dall'accettazione fino alla dimissione. L'infermiere agisce, pertanto, su schemi predefiniti e risponde a un quadro manifesto di per sé e standardizzato. Negli ultimi anni si è verificato in Italia un costante incremento degli accessi al Pronto soccor-

so che ha reso necessario discriminare i tempi di ingresso per priorità cliniche standardizzate nel modello triage.

L'idea di sperimentare in Toscana il modello See&Treat nasce dalla consapevolezza dell'aumento del numero di accessi al Pronto soccorso e dall'evidenza che un terzo degli stessi viene classificato dal triage come codici a bassa priorità (bianco). Con l'applicazione del modello See&Treat, che affida a un infermiere formato e certificato la possibilità di gestire una parte delle casistiche minori, si ipotizzano

la riduzione dei tempi di attesa al Pronto soccorso, la valorizzazione della professione infermieristica e si consente al medico di concentrarsi sui casi a maggiore complessità clinica, nell'ottica dell'integrazione multiprofessionale.

In particolare, cinque sono i criteri di riferimento per garantire la nuova autonomia professionale dell'infermiere, all'interno del disegno regionale di miglioramento nei pronto soccorso:

1. la corretta selezione delle problematiche minori;
2. la definizione di protocolli operativi per ciascuna

problematica minore ai quali l'infermiere si attiene;

3. il doppio controllo sulla casistica da trattare: al triage e nell'ambulatorio See&Treat;

4. l'affiancamento durante il periodo di sperimentazione di un medico tutor che validi appropriatezza e coerenza del trattamento;

5. il percorso formativo sia per i medici tutor sia per gli infermieri attori della sperimentazione.

Al fine di realizzare il cambiamento organizzativo disegnato è stato organizzato un percorso formativo regionale «L'infermiere certifi-

cato in interventi di primo soccorso» con l'obiettivo di implementare l'appropriatezza clinica/assistenziale/organizzativa e certificare le competenze esperte. Il corso, della durata di sei mesi, ha previsto una parte teorica volta allo sviluppo delle competenze infermieristiche nell'ambito del See&Treat e una parte di tirocinio, attualmente in atto, presso i pronto soccorso di sei ospedali toscani: Santa Maria Annunziata di Firenze (Ponte a Niccheri), Misericordia e Dolce di Prato, Misericordia di Grosseto, Valdelsa a Campostaggia, Felice Lotti di Ponte-

dera, ospedale di Livorno.

Il modello e la filosofia sottostante sono in linea con l'attuale evoluzione delle professioni sanitarie che hanno raggiunto un elevato livello formativo sia universitario sia relativo alla formazione tecnico-scientifica e agiscono per adeguare i modelli organizzativi e garantire servizi appropriati ai cittadini.

Daniilo Massai
Componente Consiglio sanitario Regione Toscana
Valerio Notarstefano
Polo formativo Area vasta centro Regione Toscana
Benedetta Novelli
Polo formativo Area vasta centro Regione Toscana

DOCUMENTI Obiettivi centrati solo nell'area chirurgica per la riorganizzazione prevista dalla legge regionale 40/2005 e dal Psr 2008-2010



IL TESTO APPROVATO

Pubblichiamo il testo del documento «La riorganizzazione delle attività di ricovero negli ospedali toscani», approvato da 21 società scientifiche. Il documento è stato rivisto e redatto in forma definitiva da Sandra Nutini (Aou «Careggi», Firenze), Alfio Cantini (ospedale «Misericordia Dolce», Prato), Giancarlo Landini (ospedale «Santa Maria Nuova», Firenze), Mario Cecchi (Osservatorio permanente ospedale per intensità di cura, Regione Toscana) e Giancarlo Berni (medico specialista, coordinatore dell'Osservatorio emergenza-urgenza della Regione Toscana).

LA RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ DI RICOVERO NEGLI OSPEDALI TOSCANI

La riorganizzazione delle attività di ricovero, come prevista dalla Lr 40/2005 e dal Psr 2008-2010, ha fatto importanti progressi nell'ultimo anno in tutti gli ospedali toscani, ma il cambiamento ha interessato quasi esclusivamente l'area chirurgica. Nell'area funzionale medica non si è realizzata su scala apprezzabile la conversione dei reparti di degenza in più ampie aggregazioni basate sul livello di intensità di cure, l'innovazione che specificamente incide sulla gestione delle risorse.

Qual è il motivo di questa differenza tra le aree? Le varie considerazioni possibili si riassumono in un'unica conclusione: nell'area chirurgica il nuovo modello organizzativo non è entrato in conflitto con il modello assistenziale specialistico (garantito dalle competenze esclusive in sala operatoria), mentre in area medica il problema sussiste e la situazione è alquanto complessa.

Nelle aziende ha circolato per anni un'interpretazione dell'intensità di cure d'ispirazione manageriale, la cui pedagogia tendenzialmente confonde il graduale abbandono dei reparti dedicati con l'abolizione delle unità operative e ostacola la presa in carico spe-

cialistica dei pazienti dell'area medica sia a livello di assegnazione in Ps, sia nella gestione dei posti letto. Questa interpretazione, alla quale si sono opposte nel 2007 ventitré società scientifiche dei medici del Ssr, sopravvive nelle aziende periferiche nonostante le evidenti difficoltà intrinseche e nonostante la diversa evoluzione del modello registrata anche nel Psr 2008-2010 e sicuramente non ancora conclusa.

È necessario un riallineamento del sistema, ottenibile con specifici indirizzi attuativi emanati dalla Giunta regionale, come previsto dall'art. 68 della legge 40. A supporto degli organi tecnici della Regione, le società scientifiche hanno aderito all'invito di sviluppare ulteriormente il lavoro di analisi e di consenso iniziato tre anni fa. Hanno costituito a questo scopo un gruppo di lavoro, coordinato dall'Osservatorio per l'intensità di cure (sottocommissione «high care»).

Il presente documento presuppone gli 8 punti del documento pubblicato su Toscana Medica il 2 agosto 2007 («Ospedalizzazione per intensità di cure»). Nell'ottica delle linee di indirizzo attuative, è stato fatto un focus sui seguenti punti strategici:

- criteri di assegnazione del paziente dal pronto soccorso;
- la presa in carico interprofessionale del paziente;
- multidisciplinarietà dell'assistenza;
- la funzione di tutoraggio medico;
- la gestione dei posti letto nelle aree di degenza;
- organizzazione dell'alta intensità di cura;
- organizzazione dei servizi di guardia;
- l'impatto della nuova organizzazione sui flussi informativi;
- rapporti con il territorio e problematica delle cure intermedie.

Sono escluse da questo elenco diverse problematiche che necessitano di ulteriore approfondimento: come per esempio le specificità del modello organizzativo rispetto alle tipologie degli ospedali, diverse per missione, dimensioni, complessità.

Tra le problematiche da sviluppare dobbiamo annoverare anche la presa in carico interprofessionale del paziente, che è materia per un tavolo allargato alla rappresentanza degli infermieri e delle altre professioni sanitarie e che figura in elenco solo per la presa d'atto dell'urgenza e dell'impegno necessario.

Lo stesso vale per la gestione della bassa intensità di cure ospedaliere (livello 3) e della continuità assistenziale ospedale-territorio, tematiche sulle quali il lavoro di analisi è appena iniziato.

Non sono state esaminate le problematiche particolari di singole specialità, che appartengono a un diverso livello di analisi.

Criteri di assegnazione dei pazienti dal Dea/Ps

1) Il personale medico dell'Uo di accettazione e Ps esercita la responsabilità delle decisioni assistenziali in Ps. L'episodio di cura può esitare nella dimissione del paziente, nel ricovero ospedaliero di tipo ordinario oppure nell'attivazione di percorsi alternativi di sponibili in azienda, che comportano la presa in carico da parte di altre Uo ospedaliere (es. presso Dh/Ds, Day service) o di presidi territoriali.

2) I pazienti ricoverati vengono assegnati al livello di intensità di cure appropriato in base alla valutazione della criticità assistenziale. Contestualmente la Sdo viene attribuita a una Uo a dirigenza medica, che assume con ciò la responsabilità del paziente.

3) I criteri di assegnazione sono determinati dall'appropriata clinica e da protocolli aziendali.

- **Appropriatezza clinica:** in linea generale è stabilita dal problema emergente che ha determinato il ricovero. Se l'aspetto prevalente è la complessità polipatologica, la competenza è da attribuire alla medicina interna o a disciplina equipollente.
- **I protocolli clinici e organizzativi:** sono il risultato di accordi multilaterali tra il Dea e le altre Uo, coordinati con la programmazione aziendale delle risorse. Sono necessariamente diversi a seconda della tipologia degli ospedali (missione, dimensioni, dotazioni tecnologiche e risorse umane) e della divisione del lavoro concordata localmente.
- **I protocolli dovranno rispettare i principi di una organizzazione flessibile e snella** dei processi decisionali, evitando a esempio di subordinare l'assegnazione del paziente alla consulenza specialistica della Uo accettante.
- **I pazienti in elezione e programmati non devono transitare dal Dea ma devono accedere direttamente alla degenza o al Dh secondo modalità prestabilite.**

Gli strumenti organizzativi sono:

- 1) percorsi clinici per patologia, che mappano le partnership più frequenti;
- 2) flussi informativi che documentano i carichi di lavoro delle Uo collegati alla multidisciplinarietà dell'assistenza;
- 3) regolamenti che disciplinano la partecipazione di più specialità alla presa in carico del paziente.

Raccomandazioni per i regolamenti aziendali:

- il direttore della Uo che detiene la Sdo ha la responsabilità primaria del paziente essendo garante del percorso diagnostico-terapeutico e della funzione di tutoraggio clinico;
- équipe multidisciplinari, formate dal tutor e dai consulenti specialistici, si costituiranno ad hoc e saranno contingenti al caso;
- la consulenza non può più essere intesa come semplice prestazione ma comporta una partecipazione alla presa in carico del paziente per il problema di competenza, con una responsabilità di équipe. Ove necessario il rapporto è continuato nel tempo. Lo specialista assicura in tal caso anche una continuità personale, nei limiti del possibile, e si fa carico di sorvegliare l'esecuzione degli esami da lui richiesti e della interpretazione dei risultati;
- la consulenza deve essere registrata in modo che generi un flusso informativo atto a documentare l'inizio e la fine della responsabilità di équipe e i carichi di lavoro;
- qualora durante il decorso clinico si verifichi un cambiamento del-

la patologia predominante, la responsabilità primaria del paziente viene assunta da un'altra Uo in base alla competenza clinica, con trasferimento della Sdo e della funzione di tutoraggio clinico. Non sono escluse da questa possibilità Uo che nell'azienda non hanno storicamente in carico letti di degenza, come anche indicato dal Psr 2008-2010. Il loro impegno dev'essere previsto e dimensionato, in modo concordato, dai percorsi assistenziali per patologia.

La legge che disciplina il Ssr prescrive un modello assistenziale basato sulla multidisciplinarietà. In questo modo la collaborazione tra gli specialisti di discipline diverse, da materia di metodologia ed etica professionali, diventa anche dominio organizzativo e pone problemi almeno in parte nuovi.

Multidisciplinarietà dell'assistenza

La legge che disciplina il Ssr prescrive un modello assistenziale basato sulla multidisciplinarietà. In questo modo la collaborazione tra gli specialisti di discipline diverse, da materia di metodologia ed etica professionali, diventa anche dominio organizzativo e pone problemi almeno in parte nuovi.

Finora si avevano pochi esempi di partnership regolate dall'esterno, tipicamente process-driven e centrate sulla separazione delle competenze, con barriere anche di tipo normativo (a es. la partnership tra chirurgo e anestesista). Il concetto di multidisciplinarietà della Lr 40/2005 è

notevolmente diverso: si tratta di una norma generale, valida per tutte le attività cliniche, la cui applicazione non è guidata dalle particolarità dei processi ma dalle caratteristiche del paziente.

Gli strumenti organizzativi sono:

- 1) percorsi clinici per patologia, che mappano le partnership più frequenti;
- 2) flussi informativi che documentano i carichi di lavoro delle Uo collegati alla multidisciplinarietà dell'assistenza;
- 3) regolamenti che disciplinano la partecipazione di più specialità alla presa in carico del paziente.

Raccomandazioni per i regolamenti aziendali:

- il direttore della Uo che detiene la Sdo ha la responsabilità primaria del paziente essendo garante del percorso diagnostico-terapeutico e della funzione di tutoraggio clinico;
- équipe multidisciplinari, formate dal tutor e dai consulenti specialistici, si costituiranno ad hoc e saranno contingenti al caso;
- la consulenza non può più essere intesa come semplice prestazione ma comporta una partecipazione alla presa in carico del paziente per il problema di competenza, con una responsabilità di équipe. Ove necessario il rapporto è continuato nel tempo. Lo specialista assicura in tal caso anche una continuità personale, nei limiti del possibile, e si fa carico di sorvegliare l'esecuzione degli esami da lui richiesti e della interpretazione dei risultati;
- la consulenza deve essere registrata in modo che generi un flusso informativo atto a documentare l'inizio e la fine della responsabilità di équipe e i carichi di lavoro;
- qualora durante il decorso clinico si verifichi un cambiamento del-

la patologia predominante, la responsabilità primaria del paziente viene assunta da un'altra Uo in base alla competenza clinica, con trasferimento della Sdo e della funzione di tutoraggio clinico. Non sono escluse da questa possibilità Uo che nell'azienda non hanno storicamente in carico letti di degenza, come anche indicato dal Psr 2008-2010. Il loro impegno dev'essere previsto e dimensionato, in modo concordato, dai percorsi assistenziali per patologia.

La legge che disciplina il Ssr prescrive un modello assistenziale basato sulla multidisciplinarietà. In questo modo la collaborazione tra gli specialisti di discipline diverse, da materia di metodologia ed etica professionali, diventa anche dominio organizzativo e pone problemi almeno in parte nuovi.

Finora si avevano pochi esempi di partnership regolate dall'esterno, tipicamente process-driven e centrate sulla separazione delle competenze, con barriere anche di tipo normativo (a es. la partnership tra chirurgo e anestesista). Il concetto di multidisciplinarietà della Lr 40/2005 è

notevolmente diverso: si tratta di una norma generale, valida per tutte le attività cliniche, la cui applicazione non è guidata dalle particolarità dei processi ma dalle caratteristiche del paziente.

Gli strumenti organizzativi sono:

- 1) percorsi clinici per patologia, che mappano le partnership più frequenti;
- 2) flussi informativi che documentano i carichi di lavoro delle Uo collegati alla multidisciplinarietà dell'assistenza;
- 3) regolamenti che disciplinano la partecipazione di più specialità alla presa in carico del paziente.

Raccomandazioni per i regolamenti aziendali:

- il direttore della Uo che detiene la Sdo ha la responsabilità primaria del paziente essendo garante del percorso diagnostico-terapeutico e della funzione di tutoraggio clinico;
- équipe multidisciplinari, formate dal tutor e dai consulenti specialistici, si costituiranno ad hoc e saranno contingenti al caso;
- la consulenza non può più essere intesa come semplice prestazione ma comporta una partecipazione alla presa in carico del paziente per il problema di competenza, con una responsabilità di équipe. Ove necessario il rapporto è continuato nel tempo. Lo specialista assicura in tal caso anche una continuità personale, nei limiti del possibile, e si fa carico di sorvegliare l'esecuzione degli esami da lui richiesti e della interpretazione dei risultati;
- la consulenza deve essere registrata in modo che generi un flusso informativo atto a documentare l'inizio e la fine della responsabilità di équipe e i carichi di lavoro;
- qualora durante il decorso clinico si verifichi un cambiamento del-

la patologia predominante, la responsabilità primaria del paziente viene assunta da un'altra Uo in base alla competenza clinica, con trasferimento della Sdo e della funzione di tutoraggio clinico. Non sono escluse da questa possibilità Uo che nell'azienda non hanno storicamente in carico letti di degenza, come anche indicato dal Psr 2008-2010. Il loro impegno dev'essere previsto e dimensionato, in modo concordato, dai percorsi assistenziali per patologia.

la patologia predominante, la responsabilità primaria del paziente viene assunta da un'altra Uo in base alla competenza clinica, con trasferimento della Sdo e della funzione di tutoraggio clinico. Non sono escluse da questa possibilità Uo che nell'azienda non hanno storicamente in carico letti di degenza, come anche indicato dal Psr 2008-2010. Il loro impegno dev'essere previsto e dimensionato, in modo concordato, dai percorsi assistenziali per patologia.

La gestione dei posti letto nelle aree di degenza

La legge 40 prescrive il graduale abbandono dei reparti differenziati secondo le discipline a favore di una «strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero».

Questo modello organizzativo ha trovato da tempo applicazione in altri Paesi, dove i reparti di degenza sono gestiti come unità infermieristiche (nursing units o nursing wards).

Gli elementi in comune a queste esperienze sono:

- il reparto ricovera pazienti con bisogni assistenziali simili;
- gli infermieri sono assegnati al reparto ed esercitano competenze professionali autonome;
- i letti sono di regola assegnati alle Uo specialistiche, in modo flessibile (fanno eccezione il day hospital e strutture ad alto turnover per osservazione temporanea e degenze brevi). Lo specialty bed planning è oggetto di programmazione periodica.

Per altri aspetti le unità infermieristiche sono declinate in modo di diversi a seconda dei Paesi, del tipo di ospedali e di altre condizioni: possono essere dedicate a singole discipline oppure polispecialistiche, a seconda dei volumi della casistica, della complessità specialistica e altre specificità.

Nelle unità polispecialistiche i pazienti assistiti dagli stessi medici sono tendenzialmente raggruppati. Salvo casi particolari (es. terapie intensive) le nursing units non hanno meno di 20 letti e, grazie alle economie di scala, sono in generale più efficienti dei reparti tradizionali nella gestione delle risorse. In termini di efficacia, non ci sono prove che siano superiori o inferiori rispetto ai reparti tradizionali.

L'introduzione negli ospedali toscani delle unità infermieristiche è il singolo cambiamento organizzativo che maggiormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione. Le società scientifiche hanno già preso posizione nel 2007, scrivendo che «la gestione efficientistica dei posti letto, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale». Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

1) I «livelli» ospedalieri. La linea guida del 2003 per la costruzione dei nuovi ospedali ha creato il corto circuito metonimico tra il «livello di intensità di cure», che è un parametro assistenziale, e il cosiddetto «livello strutturale», che è l'area di degenza dove i pazienti si ricoverano in base al parametro. A parte il fatto che lo schema si applica con una certa difficoltà ai vecchi presidi, il problema più importante è che tutti gli ospedali stanno diventando davvero ospedali per acuti, almeno in Toscana, e che la corrispondenza del livello strutturale (unità infermieristiche) con il livello d'intensità non potrà essere mantenuta fino in fondo neppure nei nuovi ospedali. Infatti il bisogno di assistenza subintensiva o Hd, con parametri di intensità di livello 1, emerge anche nel livello 2 strutturale, con frequenza e tipi di casistica clinica che impongono una nuova riflessione. Ferma restando la validità dell'indicazione generale di metodo, è necessario che le aziende sanitarie abbiano la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà, anche in deroga al principio della separazione strutturale dei livelli.

Il tema sarà ripreso nel paragrafo «Organizzazione dell'alta intensità di cura» di questo documento.

2) **Gli infermieri sono assegnati al reparto e i letti alle specialità, in modo flessibile.** Questa è una formula che può sembrare in contraddizione con il concetto che i letti sono assegnati all'area funzionale. Ma di nuovo il modello si deve confrontare con la realtà. È ovvio che le aziende debbono allocare le risorse alle specialità in base a dati storici o previsioni programmatiche di attività, da rivedere periodicamente. In modo altrettanto ovvio è appropriato che i pazienti assegnati a una stessa Uo siano tendenzialmente raggruppati per facilitare la presa in carico interprofessionale dei problemi clinici e assistenziali (layout specialistico delle aree di degenza). Quando ciò non è possibile siamo di fronte a un segno di disfunzione, in genere associato ad altri segni di eccessivo affollamento ospedaliero.

3) **Il tasso programmato di occupazione dei posti letto.** È un concetto che magliormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione. Le società scientifiche hanno già preso posizione nel 2007, scrivendo che «la gestione efficientistica dei posti letto, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale». Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

▶ (segue da pagina 4)

lento, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale». Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

1) I «livelli» ospedalieri. La linea guida del 2003 per la costruzione dei nuovi ospedali ha creato il corto circuito metonimico tra il «livello di intensità di cure», che è un parametro assistenziale, e il cosiddetto «livello strutturale», che è l'area di degenza dove i pazienti si ricoverano in base al parametro. A parte il fatto che lo schema si applica con una certa difficoltà ai vecchi presidi, il problema più importante è che tutti gli ospedali stanno diventando davvero ospedali per acuti, almeno in Toscana, e che la corrispondenza del livello strutturale (unità infermieristiche) con il livello d'intensità non potrà essere mantenuta fino in fondo neppure nei nuovi ospedali. Infatti il bisogno di assistenza subintensiva o Hd, con parametri di intensità di livello 1, emerge anche nel livello 2 strutturale, con frequenza e tipi di casistica clinica che impongono una nuova riflessione. Ferma restando la validità dell'indicazione generale di metodo, è necessario che le aziende sanitarie abbiano la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà, anche in deroga al principio della separazione strutturale dei livelli.

Questo modello organizzativo ha trovato da tempo applicazione in altri Paesi, dove i reparti di degenza sono gestiti come unità infermieristiche (nursing units o nursing wards).

Gli elementi in comune a queste esperienze sono:

- il reparto ricovera pazienti con bisogni assistenziali simili;
- gli infermieri sono assegnati al reparto ed esercitano competenze professionali autonome;
- i letti sono di regola assegnati alle Uo specialistiche, in modo flessibile (fanno eccezione il day hospital e strutture ad alto turnover per osservazione temporanea e degenze brevi). Lo specialty bed planning è oggetto di programmazione periodica.

Per altri aspetti le unità infermieristiche sono declinate in modo di diversi a seconda dei Paesi, del tipo di ospedali e di altre condizioni: possono essere dedicate a singole discipline oppure polispecialistiche, a seconda dei volumi della casistica, della complessità specialistica e altre specificità.

Nelle unità polispecialistiche i pazienti assistiti dagli stessi medici sono tendenzialmente raggruppati. Salvo casi particolari (es. terapie intensive) le nursing units non hanno meno di 20 letti e, grazie alle economie di scala, sono in generale più efficienti dei reparti tradizionali nella gestione delle risorse. In termini di efficacia, non ci sono prove che siano superiori o inferiori rispetto ai reparti tradizionali.

L'introduzione negli ospedali toscani delle unità infermieristiche è il singolo cambiamento organizzativo che maggiormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione. Le società scientifiche hanno già preso posizione nel 2007, scrivendo che «la gestione efficientistica dei posti letto, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale». Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

1) I «livelli» ospedalieri. La linea guida del 2003 per la costruzione dei nuovi ospedali ha creato il corto circuito metonimico tra il «livello di intensità di cure», che è un parametro assistenziale, e il cosiddetto «livello strutturale», che è l'area di degenza dove i pazienti si ricoverano in base al parametro. A parte il fatto che lo schema si applica con una certa difficoltà ai vecchi presidi, il problema più importante è che tutti gli ospedali stanno diventando davvero ospedali per acuti, almeno in Toscana, e che la corrispondenza del livello strutturale (unità infermieristiche) con il livello d'intensità non potrà essere mantenuta fino in fondo neppure nei nuovi ospedali. Infatti il bisogno di assistenza subintensiva o Hd, con parametri di intensità di livello 1, emerge anche nel livello 2 strutturale, con frequenza e tipi di casistica clinica che impongono una nuova riflessione. Ferma restando la validità dell'indicazione generale di metodo, è necessario che le aziende sanitarie abbiano la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà, anche in deroga al principio della separazione strutturale dei livelli.

Il tema sarà ripreso nel paragrafo «Organizzazione dell'alta intensità di cura» di questo documento.

2) **Gli infermieri sono assegnati al reparto e i letti alle specialità, in modo flessibile.** Questa è una formula che può sembrare in contraddizione con il concetto che i letti sono assegnati all'area funzionale. Ma di nuovo il modello si deve confrontare con la realtà. È ovvio che le aziende debbono allocare le risorse alle specialità in base a dati storici o previsioni programmatiche di attività, da rivedere periodicamente. In modo altrettanto ovvio è appropriato che i pazienti assegnati a una stessa Uo siano tendenzialmente raggruppati per facilitare la presa in carico interprofessionale dei problemi clinici e assistenziali (layout specialistico delle aree di degenza). Quando ciò non è possibile siamo di fronte a un segno di disfunzione, in genere associato ad altri segni di eccessivo affollamento ospedaliero.

3) **Il tasso programmato di occupazione dei posti letto.** È un concetto che magliormente sfida la cultura e le pratiche tradizionali. Nello stesso tempo è anche il cambiamento veramente nucleare della nuova organizzazione. Le società scientifiche hanno già preso posizione nel 2007, scrivendo che «la gestione efficientistica dei posti letto, condotta con buon senso, appare in generale compatibile con gli standard di qualità assistenziale». Per questo nella fase d'implementazione è necessario un nuovo focus su alcuni concetti.

1) I «livelli» ospedalieri. La linea guida del 2003 per la costruzione dei nuovi ospedali ha creato il corto circuito metonimico tra il «livello di intensità di cure», che è un parametro assistenziale, e il cosiddetto «livello strutturale», che è l'area di degenza dove i pazienti si ricoverano in base al parametro. A parte il fatto che lo schema si applica con una certa difficoltà ai vecchi presidi, il problema più importante è che tutti gli ospedali stanno diventando davvero ospedali per acuti, almeno in Toscana, e che la corrispondenza del livello strutturale (unità infermieristiche) con il livello d'intensità non potrà essere mantenuta fino in fondo neppure nei nuovi ospedali. Infatti il bisogno di assistenza subintensiva o Hd, con parametri di intensità di livello 1, emerge anche nel livello 2 strutturale, con frequenza e tipi di casistica clinica che impongono una nuova riflessione. Ferma restando la validità dell'indicazione generale di metodo, è necessario che le aziende sanitarie abbiano la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà, anche in deroga al principio della separazione strutturale dei livelli.

(continua a pagina 5)

Elenco delle società scientifiche che hanno ufficialmente approvato il documento

Società scientifica
● Aigo (Associazione italiana gastroenterologi ed endoscopisti digestivi ospedalieri)
● Aip (Associazione italiana di psichiatria)
● Aipo (Associazione italiana pneumologi ospedalieri)
● Annmo (Associazione nazionale medici cardiologi ospedalieri)
● Associazione osteosintesi
● Cdot-Siot (Collegio dei direttori ortopedici universitari e ospedalieri Toscana - Società italiana di ortopedia e traumatologia)
● Fadoi (Federazione associazioni dirigenti ospedalieri internisti)
● Siaarti (Società italiana anestesia analgesia rianimazione terapia intensiva)
● Siared (Società italiana anestesia e rianimazione emergenza e dolore)
● Sied (Società italiana di endoscopia digestiva)
● Sifo (Società italiana farmacia ospedaliera servizi farmaceutici aziende sanitarie)
● Sige (Società italiana gastroenterologia)
● Sigg (Società italiana gerontologia geriatria)
● Sigos (Società italiana geriatrici ospedalieri)
● Simeu (Società italiana emergenza-urgenza)
● Simg (Società italiana medicina generale)
● Simit (Società italiana malattie infettive e tropicali)
● Sin (Società italiana nefrologia)
● Sinch (Società italiana neurochirurgia)
● Sintu (Società italiana neurologia toscano-umbra)
● Siot (Società italiana ortopedia traumatologia)

po (anche dopo la dimissione) e si coordina con quella di episodio clinico (a esempio ricovero in degenza ordinaria).

Un regolamento aziendale preciserà i compiti del tutor:

1) il medico tutor ha la responsabilità clinica e relazionale del paziente, esercitata all'interno di un'équipe di lavoro. L'incarico è assegnato dal direttore della Uo, che mantiene la responsabilità di supervisione e controllo;

2) il tutor applica i piani di lavoro prestabiliti dalla Uo e ne verifica l'attuazione sul singolo paziente;

3) favorisce la messa in atto dei percorsi intraospedalieri condivisi;

4) applica protocolli trasversali all'area medica;

5) rende partecipi i medici della Uo con protocolli di comunicazione ben definiti;

6) informa costantemente e collabora con il direttore di Uo;

7) collabora con l'infermiere referente nella definizione e attuazione degli obiettivi assistenziali;

8) organizza e partecipa al briefing giornaliero con le altre professionalità (infermieri, fisioterapisti ecc.) e con i consulenti, valuta l'opportunità di coinvolgere nel briefing anche altre figure (a esempio radiologo, infermiere della dimissione programmata, medico di medicina generale ecc.);

9) richiede le consulenze e ne verifica il corretto svolgimento;

10) cura e verifica la corretta compilazione della cartella clinica integrata;

11) mantiene i rapporti con il paziente e i familiari;

12) mantiene i rapporti con il medico di medicina generale e si fa carico di concordare il percorso assistenziale post-dimissione;

13) compila la Sdo che viene firmata dal direttore di Uo.

Organizzazione dell'alta intensità di cura

Nel lessico corrente dell'intensità di cure, il livello di «alta intensità» viene definito livello 1. A esso corrisponde una tipologia di posti letto classificati in base alle dotazioni strumentali, le cure erogate e allo staffing, con un quozien-

te infermieri/posti letto di 1 a 2 per le terapie intensive (High therapy, Ht) e di 1/4 per le subintensive (Low therapy, Lt, o High dependency, Hd).

La situazione attuale

Negli ospedali in cui sono presenti letti di livello 1, questi sono gestiti da Uo di specialità diverse:

- in tutti gli ospedali di riferimento più alcuni altri presidi delle reti zonali sono presenti terapia intensiva rianimatoria e unità coronariche;
- alcuni ospedali di riferimento delle reti zonali sono dotati di stroke unit di secondo livello, di unità di terapia intensiva intermedia respiratoria;
- solo nelle Aou sono presenti altre tipologie (unità di terapia intensiva respiratoria, unità neurointensiva, unità spinale e altre).

I setting specialistici sono ottimizzati per l'efficacia, e hanno strutture, personale e servizi di guardia dedicati. La dislocazione delle strutture non è sempre ottimale per la gestione.

La riorganizzazione del livello 1

La progettazione dei nuovi ospedali, in base alle linee guida fornite dalla Regione, ha previsto aree di degenza dedicate al livello 1. Il Psr 2008-2010 auspica che, anche negli altri presidi, ove possibile, si costituisca un livello 1 strutturale (par. 5.5.3). In linea di principio, mettere in contiguità attività con caratteristiche simili in termini di logistica e di risorse impiegate può favorire sia l'efficienza della gestione che l'integrazione delle competenze e gli interventi diretti a questo scopo hanno un razionale valido.

Altro problema sono i cambiamenti organizzativi che toccano specifici standard di qualità delle strutture sanitarie. Lo scenario attuale dell'high care in Toscana è fatto di modelli organizzativi e assistenziali ben definiti, in parte anche validati da prove di efficacia in termini di outcome clinico. Di

questi modelli si debbono rispettare le peculiarità, ivi incluso il personale infermieristico dedicato, con appositi percorsi formativi, e le guardie specialistiche, lasciando alle singole strutture la libertà di studiare ed esplorare le reciproche permeabilità e di evolvere di conseguenza.

Al livello 1 possono afferire anche nuove attività, purché la presa in carico specialistica dei corrispondenti letti Lt garantisca anche la continuità assistenziale. In tutti i casi la responsabilità medica primaria del paziente è stabilita dalla titolarità della Sdo. La raccolta dati del progetto Margherita Due e l'adozione del protocollo Start debbono essere estesi a tutte le attività del livello 1.

I bisogni emergenti nel livello 2 (media intensità di cura)

I pazienti ricoverati nei letti del livello 2 non hanno bisogni omogenei in termini di intensità di cura. Il problema non è nuovo, ma con il calare del tasso di ospedalizzazione sta aumentando in tempi rapidi la proporzione di pazienti instabili sul totale dei ricoverati, già calcolata intorno al 10% in uno studio dedicato all'area medica

In Toscana. Strumento per la valutazione del rischio clinico è il Modified early warning score (Mews), adottato in Toscana con delibera della Giunta regionale. I pazienti con un rischio elevato, che non sono eleggibili per uno dei setting specialistici di livello 1, debbono avere accesso a un'assistenza subintensiva nel cosiddetto «livello 2» (inteso come area di degenza) con gli stessi parametri assistenziali dei letti Lt/Hd del livello 1.

Il fabbisogno di letti: come per i letti ordinari, il numero deve essere programmato sulla base di una stima dei bisogni di tutte le Uo dell'area funzionale e di una valutazione del tasso medio di occupazione dei Pl non superiore all'85 per cento.

(continua a pagina 6)

► (segue da pagina 5)

Caratteristiche funzionali:

- letti attrezzati per il monitoraggio multiparametrico;
- presenza continua del medico (della Uo titolare della Sdo o della guardia di continuità), ma non necessariamente negli stessi locali;
- quoziente infermieri/posti letto (minuti di assistenza) e skill mix infermieristico conformi agli standard di qualità per il bisogno assistenziale. Un esame approfondito della tematica dei parametri assistenziali è da demandare a un gruppo di lavoro ad hoc, con la rappresentanza delle altre professioni sanitarie.

La gestione dei posti letto: si possono schematicamente considerare le seguenti possibilità:

1) Upgrade dei posti letto ordinari: le risorse sono attribuite alla unità infermieristica, in base a una previsione della percentuale di pazienti con elevato rischio clinico.

Vantaggi: il paziente non subisce spostamenti. Il numero di Pl subintensivi e i parametri assistenziali si adattano al bisogno contingente.

Svantaggi: complessità organizzativa, incertezza delle risorse. Una vera sfida per il management.

2) Unità dedicate: le risorse sono proprie.

Vantaggio: modello noto, organizzativamente senza incognite.

Svantaggi: il paziente dev'essere spostato. Minore flessibilità dimensionale (Pl) e assistenziale.

È evidente che la seconda ipotesi rappresenta una deroga maggiore rispetto al modello dell'intensità di cure. Ma come tutti i modelli anche questo non può essere uno scopo in sé. Le aziende sanitarie hanno la libertà di adottare le soluzioni che meglio coniugano efficienza ed efficacia in ciascuna specifica realtà.

Organizzazione dei servizi di guardia

Guardia di continuità del livello 1

La continuità assistenziale è specialistica ed è garantita dalle Uo a cui i pazienti sono assegnati.

Guardia di continuità del livello 2

È un servizio di continuità assistenziale per l'area funzionale, assicurato da uno o più medici per turno a seconda del numero di posti letto e della logica delle strutture, in base ad accordi aziendali. Sono accettabili entrambe le ipotesi seguenti: a) servizio gestito dalla sola medicina interna (insieme alla specialità equipollente di geriatria, ove presente); b) servizio gestito dalla medicina interna con l'apporto di medici, assegnati ad altre Uo, che siano anche in possesso di sufficiente competenza generalista. Il curriculum individuale è valutato in questo caso dal responsabile di area. In ambedue le ipotesi debbono essere assegnate le risorse necessarie.

La partecipazione di una Uo all'erogazione del servizio non conferisce privilegi per l'assegnazione dei pazienti da parte dei Ps (non è un criterio di appropriatezza specialistica dell'asse-

gnazione).

Guardie specialistiche

L'accordo sulla continuità assistenziale nel contesto ospedaliero, siglato dai sindacati e dalla Grt il 24 novembre 2008, prevede, per le Aou e per gli ospedali zonali di riferimento per la rete dei presidi di Asl, guardie specialistiche «per motivate situazioni organizzative, per attività di particolare significatività, per il profilo quali-quantitativo delle stesse o per frequenza di supporto al Dea».

L'esigenza di ottimizzare l'uso delle risorse impone una verifica nelle singole aziende, necessariamente condizionata dalle situazioni locali, in termini sia di logistica che di epidemiologia. Sulla linea indicata dall'accordo sindacale, si possono ulteriormente precisare i criteri generali per l'appropriatezza:

- la guardia specialistica è una risorsa di presidio (nel livello 2, non è quasi mai giustificata dai bisogni di continuità assistenziale di una singola Uo);
- dev'essere giustificata innanzitutto dalla riconosciuta specificità delle competenze richieste in urgenza;
- deve corrispondere anche a congrui carichi di lavoro documentabili (prestazioni urgenti nel settore delle degenze e nel Ps);
- l'appropriatezza dell'uso delle risorse è determinata da entrambi i criteri precedenti e la soglia dei volumi di attività va fissata caso per caso dalle aziende;
- l'utilizzo di questi criteri può giustificare, caso per caso, sia l'abolizione di turni esistenti che l'introduzione di nuovi servizi di guardia.

L'impatto della nuova organizzazione sui flussi informativi

Responsabilità clinica

La responsabilità primaria del paziente, che spetta al direttore della Uo, dev'essere chiaramente attribuita in tutti i momenti del ricovero. È tracciata dalla responsabilità della documentazione (scheda di dimissione ospedaliera). La responsabilità personale nel lavoro in équipe è registrata dalla cartella clinica. Da questo punto di vista la nuova organizzazione non introduce ulteriori complessità o incertezze rispetto a quelle già esistenti.

Responsabilità gestionale e carichi di lavoro

Con l'introduzione delle unità infermieristiche polispecialistiche, i flussi che registrano la consegna dei beni di magazzino ai reparti non sono più in grado di attribuire il consumo a una o all'altra delle Uo che condividono l'unità di degenza. Quindi è necessario passare da una gestione per reparto a una gestione per paziente, gestendo l'attribuzione per centro di costo non direttamente in uscita da magazzino di farmacia ma dall'armadio di reparto al singolo.

Nel nuovo tipo di organizzazione cambia anche il concetto di attribuzione economica delle risorse: scomparendo i reparti, i "centri di costo" corrispondono ai "pazienti", che potranno essere aggregati successivamente per definire i costi delle diverse attività.

I flussi aziendali registrano le singole prestazioni (esami) erogate al paziente. Manca invece un dispositivo per la definizione dei carichi di lavoro corrispondenti alla partecipazione alla presa in carico inerente alle prestazioni consuntive, che non corrispondono più a singole prestazioni e possono comportare carichi di lavoro alquanto diversi. La pesatura e la registrazione dei carichi di lavoro introdotti dall'assistenza multidisciplinare costituiscono un problema aperto.

Le criticità sono le seguenti:

- informatizzazione;
- riconoscimento e tracciabilità del paziente e delle prestazioni;
- corretta compilazione della cartella clinica e Sdo;
- corretta codifica delle Sdo.

Il rilevamento delle attività tramite le Sdo anche nell'organizzazione tradizionale è considerato come non adeguato alla realtà sia della diagnosi che della cura. Pazienti classificati con un codice uguale di malattia possono avere una diversa gravità e conseguentemente condizionare un tipo diverso di impegno di cura e ciò tramite la Sdo non è quasi mai rilevabile. Questo comporta anche una notevole disomogeneità di costi rispetto a Drg uguali, mentre sarebbe, quello di "omogeneizzare" i costi, uno degli scopi del Drg. Un esempio sono i pazienti anziani fratturati con multiple comorbilità che vengono seguiti da più specialisti: dal solo Drg non si riesce a rilevare la diversa complessità.

Azioni suggerite

1) Ogni specialità dovrebbe dare indicazioni utili a individuare, a livello regionale, codici integrativi dei codici Icd9, utili per registrare nella Sdo i maggiori gradi di gravità di specifiche diagnosi che abbiano una significativa diversificazione dell'impegno nella cura e nei costi, in modo da colmare, laddove siano presenti, le lacune del Drg;

2) identificare il paziente (bracciale e software) e iniziarlo da qui a tracciarlo con dati anagrafici in conformità ad altri progetti regionali che impattano sullo stesso argomento;

3) collegamento all'anagrafe regionale e di altre Asl (codice fiscale, numero di cartella ecc.);

4) cartella clinica unica informatizzata per tutta la Regione;

5) accesso diretto alla cartella informatizzata da parte delle strutture che erogando prestazioni inseriscono i propri dati;

6) attribuzione automatica del nuovo sistema Icd9;

7) collegamento del paziente/Sdo ai flussi regionali, in modo che in automatico ci siano le compensazioni delle prestazioni tra Asl;

8) collegamento del paziente/Sdo a tutte le prestazioni assistenziali ricevute comprese le terapie, i dispositivi medici, le

prestazioni diagnostiche, le consulenze.

Degenze ospedaliere di livello 3 (bassa intensità di cura), cure territoriali e rapporto tra medici di medicina generale e ospedale

Continuità dell'assistenza

La Toscana è al primo posto in Italia nel 2008 per il valore più basso del tasso di ospedalizzazione. Questo risultato è stato ottenuto quasi esclusivamente per mezzo di interventi sul sistema ospedaliero (osservazione temporanea e degenze brevi nel Dea, sviluppo di percorsi alternativi al ricovero, in carico alle Uo ospedaliere: day service). Non è stato sviluppato invece un soddisfacente sistema di continuità assistenziale tra ospedale e territorio.

Questo stato di cose rappresenta una distorsione profonda di sistema, sia per l'evidente inappropriata organizzazione, sia per l'indotto culturale (one stop shopping ospedaliero).

È necessario sviluppare una rete di servizi con due obiettivi a breve termine:

1) evitare il ricovero nei casi che possono essere gestiti a livello territoriale;

2) dimettere più precocemente possibile i pazienti che hanno ottenuto un inquadramento diagnostico adeguato e una stabilizzazione delle condizioni cliniche.

Un terzo obiettivo, a lungo termine, è quello di fornire l'infrastruttura (risorse e professionalità) per una svolta nella cultura del consumo sanitario, che gradualmente riduca la pressione sulle strutture dell'emergenza.

Il corretto rapporto tra territorio e ospedale, presupposto indispensabile per la funzionalità del sistema globale delle cure, è argomento di grande complessità, sul quale le società scientifiche toscane hanno da poco iniziato un lavoro di consenso.

Quanto segue è una ricognizione preliminare su alcuni temi cruciali, in preparazione di un iter ulteriore.

Il sistema delle cure intermedie

Un ruolo strategico di buffer dovrà sempre più essere esercitato dal sistema delle cure intermedie tra ospedale e territorio, in grado di assistere tutti quei pazienti che non presentano una patologia acuta che richieda un'intensità di cura di tipo ospedaliero, ma non possono essere adeguatamente assistiti al proprio domicilio, per motivi di natura propriamente sanitaria o in parte anche sociali.

L'offerta delle cure intermedie dev'essere abbastanza differenziata da trovare una configurazione peculiare sempre tarata sull'intensità assistenziale richiesta.

Al domicilio del paziente:

- assistenza domiciliare;
- assistenza domiciliare programmata;
- assistenza domiciliare integrata.

In strutture dedicate:

- Rsa;
- ospedale di comunità;
- presidio di continuità.

Il presidio di continuità è inteso come il livello di cura a maggiore intensità, dove dovrà essere garantita nelle 24 ore oltre all'assistenza infermieristica anche quella medica e inoltre dovrà essere possibile l'erogazione diretta degli accertamenti diagnostici di primo livello e delle consulenze specialistiche.

È in corso una riflessione sulla posizione del livello 3 ospedaliero (bassa intensità di cura) rispetto al sistema territoriale.

Accesso diretto

alle procedure diagnostiche

Al Medico di medicina generale (Mmg) deve essere data la possibilità di accedere direttamente a procedure diagnostiche di primo livello che almeno in parte potrà direttamente erogare.

Inoltre il Mmg dovrà avere a disposizione pacchetti di prestazioni complesse erogabili in regime ambulatoriale o in day service, seguendo percorsi diagnostico-terapeutici programmati e concordati con la medicina specialistica.

Così il ricovero ospedaliero dovrà e potrà essere evitato non solo nei casi con prevalente bisogno sociale ma anche nelle patologie croniche o in quelle acute che non costituiscono un imminente pericolo per la vita e che

possono essere assistite in modo efficace e tempestivo a livello domiciliare o ambulatoriale, mediante l'attivazione di percorsi dedicati (a esempio, il Tia, la sincope, la polmonite, la Tvp).

Responsabilità clinica del paziente

In ospedale il Mmg deve poter essere cooptato nell'équipe multidisciplinare e coinvolto nei processi decisionali. Dovrà essere favorito il rapporto con il tutor che ha la responsabilità della continuità personale durante la degenza. In particolare il Mmg deve partecipare alla messa a punto del "discharge plan" già nei primi giorni dopo il ricovero, quando le condizioni cliniche del paziente suggeriscono la necessità di proseguire l'intervento assistenziale anche dopo la dimissione.

Lo stesso vale per lo specialista ospedaliero che deve far parte dell'équipe assistenziale nell'ambito delle cure intermedie a esempio quando effettua una visita a domicilio nell'ambito dell'Adi o in altre forme organizzate di prestazioni sanitarie delle cure primarie (Rsa, ospedale di comunità, presidio di continuità).

Errata corrige

Nell'ultimo numero di Toscana, allegato al n. 44 de «Il Sole 24 Ore Sanità», l'articolo pubblicato a pagina 5, intitolato «Il rebus prevenzione su un territorio fragile» è stato attribuito erroneamente a Marco Iachetta. L'autore dell'intervento è invece Paolo Ghezzi, Vicesindaco di Pisa e coordinatore Protezione civile Anci regionale. Ce ne scusiamo con l'interessato e con i lettori.

PRATO L'azienda ospedaliera selezionata con altre cinque per la sperimentazione

In viaggio con il See&Treat



Modello di riferimento anglosassone: attese brevi per le basse priorità

Insieme alle altre cinque aziende selezionate dalla Regione Toscana, Prato sta per avviare il percorso «See&Treat», ossia la gestione diretta in pronto soccorso da parte del personale infermieristico, adeguatamente formato, di alcune problematiche minori. Il percorso avverrà sotto la supervisione di un medico solo in questa fase sperimentale.

Il modello di riferimento è quello anglosassone, e prevede l'applicazione di protocolli in uso con successo presso realtà evolute e famose nel mondo per una gestione tutt'altro che facilona o approssimativa della medicina. Il razionale di que-

sta scelta poggia su alcune considerazioni che forse vale la pena ricordare:

- la professione infermieristica è cresciuta negli ultimi 20 anni in misura notevolissima e attualmente vanta un livello molto alto di qualità della didattica e un curriculum formativo fra i più avanzati;
- gran parte delle prestazioni sottoposte alla sperimentazione viene eseguita dall'infermiere già nella situazione attuale. Certo oggi tutto quanto avviene dopo una rapida occhiata del medico che di solito lascia la massima autonomia all'infermiere nella gestione. E non potrebbe essere altro che

così, perché il modo di medicare una piccola ustione o rimuovere una zecca tutti noi l'abbiamo imparato dagli infermieri. Eppure a oggi è proprio questa rapida occhiata del medico che costa al paziente ore e ore di attesa nella maggior parte degli ospedali della nostra Regione;

- l'affollamento del pronto soccorso è spesso sostenuto e alimentato dalla piccola patologia, basti pensare che circa il 25% della casistica afferente al dipartimento emergenza-urgenza di Prato è attualmente costituito da codici bianchi e azzurri il cui destino è spesso quello di attendere molto a lungo per prestazioni che poi si completano nel-

arco di pochi minuti.

Quello che ci aspettiamo dall'applicazione di questo modello è una riduzione dei tempi di attesa per i codici a bassa priorità, la riduzione della percentuale di abbandoni del pronto soccorso da parte di pazienti che non ne possono più di aspettare, e anche il miglioramento delle condizioni di lavoro sui pazienti più impegnativi grazie alla riduzione della lunghezza delle liste di attesa.

Simone Magazzini
Direttore unità operativa
Emergenza e accettazione

GROSSETO

Test all'ospedale Misericordia coinvolgendo anche il territorio

Nasi che sanguinano, congiuntivite, herpes e mal d'orecchi, singhiozzo e torcicollo, insieme ad altre patologie non urgenti, da lunedì 15 novembre hanno un ambulatorio e un percorso dedicato, nell'area di pronto soccorso dell'ospedale di Grosseto. Il Misericordia, infatti, è uno dei sei ospedali (due per ciascuna Area vasta) scelti dalla Regione Toscana per la sperimentazione del See&Treat, il progetto regionale per l'assistenza in pronto soccorso a 49 patologie, individuate e definite sulla base di protocolli, elaborati da uno specifico gruppo di lavoro regionale.

Risposta positiva da parte di pazienti e operatori

«Abbiamo avuto una risposta per il momento positiva a questo nuovo percorso - spiega Mauro Breggia, direttore del dipartimento di emergenza-urgenza della Asl 9 e del pronto soccorso dell'ospedale Misericordia di Grosseto -, sia da parte dei cittadini che di tutti gli operatori della struttura, a partire dagli infermieri pionieri e dai medici tutor.

Dal pomeriggio del 15 novembre fino a oggi (giovedì 18 novembre alle ore 11, ndr), hanno usufruito del servizio 34 persone, di cui 21 uomini e 13 don-

ne, tutti adulti o anziani, che si sono rivolti direttamente al pronto soccorso.

Dopo essere stati informati sul tipo di percorso previsto sono stati indirizzati all'ambulatorio di See&Treat dove sono stati trattati dal personale infermieristico, assistito, se necessario, dal medico tutor, per varie patologie tra le 49 indicate dai protocolli: chirurgiche (piccole ferite e desuture); dermatologiche (orticaria, eruzioni cutanee); oculistiche (corpi estranei iperemia congiuntivale); odontoiatriche (mal di denti); otoiatiche (tappi di cerume, otite esterna); traumatiche (contusioni o piccole fratture del-

le dita); urologiche (sostituzione catetere vescicale).

«Per consentire la migliore riuscita del nuovo percorso e la più ampia informazione - conclude Breggia - sono stati coinvolti i medici di famiglia e quelli che operano sul territorio provinciale, ai quali è stata chiesta la massima collaborazione al progetto, anche con eventuali segnalazioni».

Lina Senserini
Responsabile ufficio stampa
Asl 9 Grosseto

SIENA

L'esperimento a Campostaggia risolve ferite e piccoli traumi

Nessun reclamo, né lamenti sull'ambulatorio See&Treat di Campostaggia. Anzi, chi è stato trattato dagli infermieri dell'équipe dedicata a questo nuovo servizio, ne è uscito pienamente soddisfatto. All'indomani della consegna dei diplomi al personale dedicato da parte dell'assessore regionale Daniela Scaramuccia, avvenuta il 10 novembre, è entrato subito in funzione per sei giorni su sette e dalle 8 alle 20, questo ambulatorio concepito all'interno del pronto soccorso per dare una risposta immediata di cura a quelle patologie individuate specificatamente dai protocolli regionali.

I valdelsani che si sono rivolti negli ultimi dieci giorni al pronto soccorso dell'ospedale di Poggibonsi, hanno trovato, quindi, in concomitanza dell'apertura delle nuove sale di attesa e della nuova postazione di triage, anche questo servizio, a cui in via sperimentale, l'azienda Usl 7 ha voluto aderire. Cinquantacinque sono le persone che hanno ricevuto cure e prestazioni in una decina di giorni, tra cui quindici per piccole ferite

(quelle ben specificate nel protocollo regionale) e ventiquattro per piccoli traumi. Tra le curiosità, cinque congiuntiviti e tre punture da insetto.

«L'apertura del See&Treat apre la fase di sperimentazione di questo nuovo servizio all'interno del pronto soccorso - spiega Cesare Franco, direttore del Ps di Campostaggia, - e nello stesso tempo qualifica tutte le prestazioni

ai vari livelli del triage. Questa è pertanto la premessa affinché i medici al pronto soccorso possano occuparsi direttamente sulle problematiche di vera emergenza e urgenza».

Al paziente vengono consegnate, oltre al "verbale", le indicazioni per l'autogestione domiciliare e le modalità di follow-up compresa l'eventuale terapia farmacologica.

Nella maggior parte dei casi si riaffida il paziente al medico curante, ma il paziente può essere inviato ad ambulatori specialistici in base ai percorsi propri di ogni Ps.

Roberta Caldesi
Ufficio stampa Asl 7 Siena

LIVORNO

L'ambulatorio dedicato offre già in media 15 interventi al giorno

Questi primi giorni di apertura del servizio "See&Treat" stanno facendo registrare un alto grado di soddisfazione da parte degli operatori coinvolti e degli utenti trattati. Il pronto soccorso di Livorno sta registrando una media di 15 interventi giornalieri ovvero circa l'8% delle prestazioni complessivamente erogate, ma riteniamo che ci possano essere ampi margini per far accrescere questa quota. Nei primi giorni, infatti, c'è stato un uso molto cauto di questa risorsa proprio per testare progressivamente la capacità di gestione del flusso dei codici minori.

Questi incoraggianti risultati sono il primo traguardo di un percorso cominciato circa tre anni fa e che ha portato alla elaborazione di un modello che, già adottato in molti altri Paesi europei, porta alla codificazione di un comportamento già da anni presente nei fatti all'interno del pronto soccorso (da molto tempo gli infermieri nei nostri pronto soccorso posizionano cateteri vescicali o sondini naso-gastrici oppure medicano e trattano le ferite superficiali). Per arrivare a questo punto è stato comunque opportuno un periodo di forma-

zione che ha visto protagoniste sei delle infermiere con maggior esperienza nel settore e con alle spalle anni di lavoro di triage, quindi abituate a grandi responsabilità e continuativi stati di pressione psicologica. Le sei infermiere hanno così ulteriormente accresciuto la propria professionalità elevando la qualità del servizio offerto dalla nostra struttura. In questi primi giorni le sei operatrici, in servizio dal lunedì al sabato dalle ore 8 alle ore 20, hanno affrontato soprattutto casi di otalgia, abrasioni e contusioni, molte delle quali su bambini, il tutto "vistato" dai medici del pronto soccorso. I

casi rientrano in quelli codificati e approvati dal Consiglio sanitario regionale e hanno beneficiato di una notevole riduzione dei tempi di attesa essendo codici a bassa priorità. Questa fase sperimentale di apertura credo possa rappresentare una buona finestra di osservazione per valutare non solo l'efficacia del servizio, ma anche i possibili margini di miglioramento.

Mauro Pratesi
Direttore Uo
Pronto soccorso Livorno

PISA

Un team a 10 teste centra il bersaglio a Pontedera

Nella sala di attesa dell'area destinata ai codici minori del pronto soccorso di Pontedera si respira un'aria di soddisfazione tra gli utenti che hanno già usufruito del nuovo servizio "See&Treat". «Attese ridotte, gentilezza e professionalità» sono gli apprezzamenti di chi è appena stato "preso in carico" dagli infermieri, affiancati ancora dai medici tutor, formati per gestire pazienti con patologie minori. Sono 4 i medici e 6 gli infermieri che hanno partecipato al percorso formativo messo in atto dalla Regione Toscana, 10 persone che oggi fanno parte di pieno

titolo del team dedicato al "See&Treat" che ha ottenuto il pieno appoggio del primario e della direzione aziendale. Un ulteriore passo avanti del pronto soccorso pontederese, che già nell'indagine di soddisfazione messa in atto dal Mes è risultato essere il migliore della Toscana per quanto riguarda l'accoglienza.

Nella prima settimana di sperimentazione, che durerà 6 mesi, i pazienti visti e trattati sono stati 78 su 966 accessi, un numero considerevole anche in considerazione del fatto che l'ambulatorio è attivo dalle 8 alle 20.

«Sicuramente - ha affermato la dott.ssa Laura Spisni, direttore del dipartimento emergenza e urgenza dell'Asl 5 - questo sistema, che entrerà a regime dopo i sei mesi di sperimentazione dove l'infermiere è sempre affiancato da un medico tutor, permetterà di trattare un numero maggiore di casi semplici in piena sicurezza valorizzando la figura dell'infermiere e consentendo ai medici di seguire i casi più complicati. Sono orgogliosa - conclude la Spisni - che il nostro pronto soccorso sia entrato nella sperimentazione regionale, perché ciò conferma l'impegno, la dedizione e la professionalità di tutto il personale addetto».

«Il progetto "See&Treat" - ha affermato Maria Teresa De Lauretis, direttore generale dell'Asl 5 - è stato condiviso con tutti gli operatori del pronto soccorso, ciò ci ha permesso di aderire alla sperimentazione regionale con soddisfazione e convinzione per valorizzare al meglio la professione dell'infermiere anche in considerazione del fatto che il loro ruolo è strategico nel servizio sanitario e che offrire un'assistenza di alto livello, in sicurezza è nella nostra mission».

Daniela Gianelli
Addetta stampa Asl 5 Pisa

CALENDARIO



FIRENZE/ 1

Si terrà all'Auditorium al Duomo il "3° Seminario nazionale Hpv, screening carcinoma della cervice e vaccini", organizzato dall'Ispo per fare il punto sui risultati dell'utilizzo dei vaccini. Per info: 05532697968, formazioneeaterna@ispo.toscana.it



FIRENZE/ 2

Presso la Biblioteca delle Oblate di Firenze sarà presentato il volume "In Toscana 2010. Salute dei migranti, salute di un territorio": curato dalla Struttura di riferimento per la promozione della salute dei migranti, "L'albero della salute", affronta i molteplici ambiti della vita del migrante sul territorio toscano.



PISA

"Autismo. I comportamenti problematici: strategie di intervento" è il titolo del convegno che si terrà il 2 e il 3 dicembre al Centro studi i Cappuccini a San Miniato (Pi): sotto la lente il ruolo delle associazioni di genitori, la gestione scolastica, le strategie più efficaci. Per info: 0571704323, m.micheli@usl11.toscana.it

IN
CONTRI
STUPE
FACENTI

BIBLIOTECHE DI TOSCANA.

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

MUSICA
E
FILM

IN
GRESSO
LIBERO

INTER
NET
PER
TUTTI

GIORNALI
E
RIVISTE

SPA
ZI
CONTEM
PORANEI

**IN
CONTRI
STUPE
FACENTI**

MUSICA
E
FILMSERATE
ALTER
NATIVE

**PRE
STITO
GRA
TUITO**

Cerca la biblioteca più vicina a casa tua
www.regione.toscana.it/cultura/biblioteche