



ARS TOSCANA
agenzia regionale di sanità

Regione Toscana



www.ars.toscana.it

Diffusione dei modelli organizzativi per intensità di cure negli ospedali toscani

106

DIFFUSIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PER INTENSITÀ DI CURE NEGLI OSPEDALI TOSCANI

Documenti
ARS Toscana

marzo
2020

106



**DIFFUSIONE
DEI MODELLI ORGANIZZATIVI
PER INTENSITÀ DI CURE
NEGLI OSPEDALI TOSCANI**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Mario Braga

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

DIFFUSIONE DEI MODELLI ORGANIZZATIVI PER INTENSITÀ DI CURE NEGLI OSPEDALI TOSCANI

Coordinamento

Fabrizio Gemmi

Osservatorio per la Qualità e l'equità

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Autori

Fabrizio Chiesi

Scuola di specializzazione in Igiene e medicina preventiva

Università degli Studi di Firenze

Silvia Forni

Osservatorio per la Qualità e l'equità

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Francesco Profili

Osservatorio di Epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Collaborazioni (in ordine alfabetico)

Andrea Bassetti¹, Roberto Biagini¹, Francesca Ciruolo¹, Francesca De Marco², Lucilla Di Renzo¹, Daniele Lenzi², Grazia Luchini³, Daniela Matarrese¹

¹ ASL Toscana Centro; ² AOU Senese; ³ AOU Pisana

Impaginazione

a cura di Elena Marchini, Caterina Baldocchi

PO Soluzioni web, data visualization e documentazione scientifica

Agenzia regionale di sanità della Toscana

INDICE

IL DOCUMENTO IN SINTESI	pag. 7
PREFAZIONE	9
1. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DELLE CURE	13
1.1 I ricoveri per acuti nell'era dei DRG: tra ricerca dell'efficienza e nuovi modelli organizzativi	15
2. SURVEY SUI MODELLI ORGANIZZATIVI DEGLI OSPEDALI PUBBLICI DELLA TOSCANA	27
2.1 Tasso di risposta e formazione di cluster omogenei	30
2.2 Organizzazione delle degenze	34
2.3 Il medico tutor e l'infermiere di riferimento	36
2.4 Graduazione delle cure per intensità	44
2.5 Strutturazione del percorso dell'emergenza	51
2.6 Organizzazione dei processi di cura	60
2.7 Analisi SWOT	69
3. INDICATORI	73
3.1 Indici generali di output	74
3.2 Ricoveri e accessi ripetuti	80
3.3 Dimissioni volontarie	83
3.4 Indicatori di esito	84
BIBLIOGRAFIA	85
APPENDICE	87

IL DOCUMENTO IN SINTESI

Il primo decennio degli anni Duemila ha visto crescere, in Italia, la consapevolezza dell'esigenza di riservare le cure ospedaliere a pazienti selezionati per criticità e complessità delle condizioni cliniche, necessità di competenze specialistiche e uso di tecnologie non disponibili negli altri setting di cura.

L'introduzione del sistema dei DRG, nel 1995, ha consentito di avviare un processo di valutazione di casistiche e caratteristiche dei ricoveri, e anche di usare queste informazioni per paragonare tra loro diversi ospedali e diversi ambiti geografici (Aziende sanitarie, Aree vaste, Regioni). Ne è derivato uno stimolo alla deospedalizzazione e alla riduzione dei tempi di degenza, che hanno richiesto di ripensare il mondo della produzione dei servizi ospedalieri, rimasti sostanzialmente immutati da vari decenni, con rilevanza sempre maggiore degli aspetti di efficienza e multidisciplinarietà.

Le regole di organizzazione che ne risultano non rispondono a un modello univoco, tuttavia alcuni aspetti, diffusamente presenti, concorrono a delineare caratteri generali da ricercare per individuare la presenza e il grado di maturità dei modelli implementati: continuità dei processi ospedalieri, definizione di setting di cura graduati per intensità, interazione multidisciplinare, riferimenti clinici, utilizzo di scale di valutazione multidimensionale.

Sulla base delle dimensioni e del numero di accessi ai Pronto soccorso, sono state distinte quattro tipologie di presidi formanti il network ospedaliero del Sistema sanitario regionale della Toscana: questi cluster corrispondono in gran parte alla classificazione degli ospedali secondo i criteri del Decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70. Gli elementi che costituiscono i modelli di organizzazione per intensità di cure sono generalmente più rappresentati negli ospedali di maggiori dimensioni ("cluster B", più di 20.000 accessi annui al pronto soccorso; "cluster C", più di 150 posti letto), che mediamente presentano indici di efficienza e di efficacia più elevati.

Gli indicatori di esito analizzati non mostrano di essere particolarmente influenzati dal grado d'implementazione dell'organizzazione per intensità di cura: in queste misure sembrano prevalere altri determinanti, come il posizionamento dell'ospedale all'interno delle reti cliniche tempo-dipendenti e i volumi delle casistiche prodotte.

PREFAZIONE

La dimensione organizzativa in ambito sanitario è una leva gestionale rilevante ma ancora non sempre sufficientemente definita. Se molti concetti legati all'ambito organizzativo appaiono oggi chiari o quanto meno evocano qualcosa di puntuale nel percorso di rinnovamento dell'SSN, quando si parla di modelli organizzativi per la realizzazione dei processi di cura non sempre si percepisce la consapevolezza della necessità di adottare approcci progettuali supportati da una metodologia rigorosa.

Se nelle aziende sanitarie nessuno mette in dubbio la possibilità di recuperare ulteriori margini di efficienza nell'uso delle risorse e di migliorare la qualità dei servizi, è meno definito in che modo si debba procedere per progettare il cambiamento organizzativo. Questo è invece l'unico modo per perseguire questi obiettivi dal momento che le nostre organizzazioni hanno in buona parte già aggredito la componente più 'immediata' del recupero di efficienza.

Se l'innovazione organizzativa non è correttamente impostata non sempre si riesce ad incidere in modo determinante sul miglioramento dei risultati. Spesso in situazioni del genere si finisce per incolpare una generica resistenza al cambiamento o una situazione strutturale di complessità dell'organizzazione, per rispondere alle quali la scelta a cui si giunge frequentemente è quella della necessità di un nuovo modello organizzativo senza che quello precedente sia stato efficacemente sviluppato e testato.

La spiegazione probabilmente risiede nel fatto che la cultura della progettazione organizzativa ancora deve pienamente svilupparsi e quindi si avverte un gap di conoscenze sia nella componente professionale che a livello manageriale.

Ogni intervento di riorganizzazione dovrebbe infatti muovere da un'attenta fase di analisi e diagnosi organizzativa, che consenta di far emergere da un lato i "punti critici" del modello specifico su cui si vuole intervenire, quantificandoli in modo da poter valutare l'efficacia delle soluzioni, dall'altro le proposte di intervento concreto.

Ovviamente occorre distinguere tra interventi di riorganizzazione che riguardano l'intera azienda e impattano su una quota importante del funzionamento aziendale nel suo complesso, e processi più mirati, che intervengono su singole parti dell'organizzazione e per un periodo di tempo definito.

I primi sono vere e proprie operazioni di riassetto dei processi aziendali, nei quali la dimensione tecnica del cambiamento diventa solo uno degli ambiti di intervento; poiché l'organizzazione è un sistema sociale occorre agire su tutti gli elementi che ne condizionano il funzionamento: da un lato gli aspetti strutturali e regolamentari, dall'altro quelli comportamentali e culturali. Ogni intervento di innovazione

organizzativa all'interno delle aziende sanitarie non dovrebbe perciò prescindere da alcuni presupposti:

- è necessario che ci sia una coerenza tra l'organizzazione e le strategie;
- ogni intervento sull'organizzazione deve creare le condizioni per il miglior perseguimento e raggiungimento degli obiettivi aziendali.

Le organizzazioni sanitarie hanno conosciuto negli ultimi decenni in molti casi uno sviluppo per giustapposizioni successive e l'alta complessità organizzativa del sistema non è stata sempre accompagnata da una di progettazione di lungo termine. Allo stesso tempo le novità introdotte a livello regionale hanno fornito in molti casi alle aziende indicazioni per l'avvio di profondi processi di riorganizzazione. Se questo ha avuto il grande merito di favorire lo sviluppo di un sistema sanitario più omogeneo, dall'altro la difficoltà di governo del cambiamento ha talora creato un divario tra l'assetto formale e quello reale dell'innovazione organizzativa. Dietro una apparente omogeneità dei modelli organizzativi formali, infatti, le singole realtà locali hanno realizzato e progressivamente sviluppato modelli spesso diversi tra loro. Un tale sviluppo "a macchia di leopardo" è rimasto per molto tempo non rilevabile, con la possibilità invece di disporre di strumenti di analisi si acquisisce la capacità di riconoscere ai singoli elementi del sistema le proprie strategie di sviluppo, valutandole e consentendo il confronto con altre. Questo permette di capitalizzare gli apporti che scaturiscono dalle diverse realtà nel perfezionare le indicazioni, innescando processi di evoluzione del cambiamento e di innovazione in progress. Un simile approccio sottende un diverso modo di intervenire sulla dimensione organizzativa delle aziende sanitarie. Non si tratta infatti solo di elaborare atti o documenti di indirizzo, ma di agire su quell'insieme di relazioni, processi, comportamenti e culture che condizionano il perseguimento degli scopi e degli obiettivi delle riorganizzazioni su larga scala, come quella di un sistema sanitario regionale.

Maria Teresa Mechi

Direzione Diritti di cittadinanza e coesione sociale
Regione Toscana



CAPITOLO 1

LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DELLE CURE

1. LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA PER INTENSITÀ DELLE CURE

Negli ultimi quindici anni la Regione Toscana ha avviato un importante percorso di cambiamento nell'ambito dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera. La necessità di sviluppare una riorganizzazione dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nasce dal nuovo scenario in cui si sviluppa il ruolo dell'ospedale: transizione epidemiologica, dinamicità dell'innovazione tecnologica, consumerismo (vale a dire la centralità del ruolo del paziente-cittadino) e di conseguenza l'imperativo sociale della qualità delle cure, le risorse stabili o calanti, che portano all'esigenza di un utilizzo efficiente di queste in un'ottica di sostenibilità del sistema¹.

In questo contesto sociale, demografico ed epidemiologico in continua evoluzione, l'ospedale ha dovuto quindi procedere a un percorso di riconfigurazione, che se non perseguito correttamente, potrebbe mettere in discussione gli esiti in termini di efficacia, sicurezza, sostenibilità e fiducia da parte dell'opinione pubblica.

La legge che disciplina il Servizio sanitario regionale (l.r. 40/2005 “Disciplina del Servizio Sanitario”) all'art. 68, comma 2, dà disposizione alle aziende unità sanitarie locali di procedere *“all'organizzazione funzionale per aree di assistenza omogenee costituite in modo da favorire la necessaria multidisciplinarietà dell'assistenza e la presa in carico multi professionale”* e *“alla strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica”*². L'“intensità di cure” costituisce quindi l'elemento guida su cui costruire il nuovo modello di ospedale.

L'ospedale organizzato per livelli di intensità assistenziale adotta un modello organizzativo innovativo che riconosce la diversità del paziente in termini di complessità del quadro clinico e di intensità di assistenza di cui necessita. È basato sul concetto di *Progressive Patient Care* (PPC – Cure progressive), di cui troviamo molteplici definizioni in letteratura sin dagli anni '60. Haldeman e Raven la descrivono come l'organizzazione di strutture, servizi e personale vicino alle necessità cliniche (grado di malattia) e alla dipendenza assistenziale del paziente [1,2,3].

1 Allegato A alla deliberazione del Consiglio regionale 12 febbraio 2003, n. 31 (*Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera e per il dimensionamento del fabbisogno*).

2 Testo coordinato della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (*Disciplina del servizio sanitario regionale*).

Ingram e Irvine pongono l'attenzione su come la classificazione sistematica determinante la suddivisione dei pazienti sia basata sui bisogni medici e infermieristici di quest'ultimi [4,5].

Abdellah e Strachan hanno cercato di dare una definizione più articolata definendo la PPC come "un nuovo approccio di assistenza al paziente attraverso un raggruppamento basato sui bisogni medici e infermieristici dei pazienti piuttosto che in base alle categorie delle malattie o delle stanze; la riorganizzazione dei servizi e del personale deve avvenire attorno ai bisogni medici e infermieristici dei pazienti". Alla fine degli anni '90 è Ridley a riprendere il concetto di PPC e a definirla come "un sistema di organizzazione delle cure dei pazienti nel quale i pazienti sono raggruppati in unità secondo i propri bisogni, come determinato dal loro livello di malattia" [6,7].

Questa rivoluzione di pensiero porta inevitabilmente con sé un cambiamento del concetto di "qualità", non più definito in termini di volumi di prestazioni erogate, ma legato ai concetti di tempestività e appropriatezza, in modo da rispondere al bisogno da parte dell'utente di ricevere le cure necessarie rispetto ai propri bisogni nel momento e nei modi più adeguati al caso [8].

La legge regionale pone l'attenzione anche su un utilizzo efficiente delle risorse a disposizione nel ricercare una sostenibilità complessiva del sistema, che sia comunque orientato sempre alla qualità.

La nuova organizzazione dell'ospedale presuppone un ripensamento della presa in carico del paziente. Questa deve essere personalizzata, univoca e condivisa attraverso tutti i livelli di cura. La metamorfosi concettuale è radicale: si passa dal principio di *hosting*, secondo il quale al centro dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria risiede l'idea di curare la malattia, al principio di *case management*, per cui l'idea centrale diventa farsi carico direttamente del malato.

Tutto ciò comporta inevitabilmente la necessità di istituire modelli di lavoro multidisciplinari e di definire linee guida e protocolli condivisi. Risulta fondamentale l'evoluzione delle professioni sanitarie e l'integrazione di nuove professionalità, coerenti con il nuovo sistema organizzativo.

Nasce il bisogno di un'attenta politica di sviluppo professionale; la professionalità diventa la base del vantaggio competitivo.

I percorsi clinici integrati, tramite l'interazione tra competenze professionali e l'uniformità dei processi di cura, ispirati alle evidenze cliniche aggiornate, consentono di garantire la centralità del paziente e la sua presa in carico. In questo modo si ricercano esiti di salute positivi, poco influenzati dalla variabilità dei comportamenti professionali.

L'ospedale è sempre più dedicato alle acuzie, per cui è necessario garantire il completamento dei percorsi con una qualificata offerta territoriale, in grado di prendere in carico il paziente e rispondere alle sue esigenze con un appropriato uso delle risorse a disposizione. L'integrazione interprofessionale deve prevedere una continuità ospedale-territorio in modo da assicurare un coordinamento efficace tra le due realtà.

1.1 I RICOVERI PER ACUTI NELL'ERA DEI DRG: TRA RICERCA DELL'EFFICIENZA E NUOVI MODELLI ORGANIZZATIVI

Il processo di aziendalizzazione del Sistema sanitario iniziato in Italia dagli anni Novanta e avviato con l'entrata in vigore del decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 "Riordino della disciplina in materia sanitaria", riconosceva tra i propri principi essenziali l'avvio di una dinamica competitiva tra gli erogatori dei servizi sanitari, con l'intento di controllare i costi e migliorare l'efficienza. Elementi fondamentali per questi scopi sono state le radicali modifiche del sistema di informazioni attraverso cui poteva essere valutata l'attività di ricovero.

La Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) era stata individuata dal Ministero della sanità, nel 1991, come lo strumento ordinario per la raccolta delle informazioni su ciascun paziente dimesso da ricovero ospedaliero, sulle patologie che avevano portato al ricovero e sulle procedure e interventi chirurgici a cui lo stesso era stato sottoposto³.

La leva principale per spingere la produzione ospedaliera verso l'efficienza passava attraverso la necessità di instaurare un sistema tariffario⁴, basato, per le prestazioni di ricovero, sui Raggruppamenti omogenei di diagnosi (ROD)⁵, corrispondenti ai *Diagnosis-Related Groups* (DRG) già collaudati negli Stati Uniti d'America e in diversi altri sistemi sanitari.

L'attuazione di questa metodica negli Stati Uniti aveva determinato importanti variazioni nei principali indicatori di attività degli ospedali per acuti, tra il 1983 e il 1990:

- riduzione del 14% del numero di ricoveri;
- riduzione del 17% delle giornate di degenza;
- riduzione del 9% del numero di posti letto, resa possibile dalla riduzione dei ricoveri e delle giornate di degenza, che insieme hanno portato al 70% il tasso medio di occupazione;

3 Decreto del Ministro della sanità 28 dicembre 1991 (*Istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera*).

4 Decreto del Ministro della sanità 15 aprile 1994 (*Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa e ospedaliera*).

5 Decreto del Ministro della sanità 14 dicembre 1994 (*Tariffe delle prestazioni di assistenza ospedaliera*).

- aumento del 10% degli interventi chirurgici;
- aumento del 78% del costo medio per ricovero, con un tasso di incremento medio annuo dell'11%;
- aumento del 41% delle prestazioni ambulatoriali, con un rapporto di 10 prestazioni ambulatoriali per ciascun ricovero erogato [9].

La riduzione del numero di ricoveri non è stata generalizzata, ma si è osservata principalmente per una serie di DRG relativi a problemi clinici minori. La durata della degenza si è ridotta in misura inferiore alle aspettative, tanto che la diminuzione del numero di giornate di degenza osservate risulta dovuta principalmente alla riduzione del numero dei ricoveri. La durata della degenza si è comunque ridotta in modo generalizzato su tutti i ricoveri, attraverso due meccanismi:

1. l'aumento dell'efficienza dei servizi assistenziali erogati in un minor periodo di tempo durante la degenza, con aumento dell'intensità dell'assistenza giornaliera e del costo medio per ricovero;
2. l'uscita precoce dei pazienti, realizzata con l'introduzione di programmi di pianificazione della dimissione.

Lo spostamento dell'interesse verso l'efficienza ha fatto sorgere preoccupazioni sul possibile impatto di questa sulla qualità dell'assistenza, fino ad allora non considerata in maniera sistematica, anche se Avedis Donabedian aveva pubblicato il classico *Evaluating the Quality of Medical Care* nel 1966. Uno studio condotto su un campione di ospedali significativo a livello nazionale evidenziò un aumento della gravità clinica dei pazienti al momento del ricovero, una riduzione dei tassi di mortalità intraospedaliera e di quella osservata a 30 e 180 giorni dal ricovero, un aumento dell'instabilità clinica dei pazienti dimessi a domicilio [10].

In Italia il sistema dei ROD viene attivato dal 1 gennaio 1995. Rapidamente l'acronimo è soppiantato nell'uso dalla forma internazionale DRG. Nel mondo delle direzioni sanitarie l'innovazione viene colta più come possibilità di iniziare un controllo sulle casistiche e sulle caratteristiche dei ricoveri che per il suo significato economico, almeno per quanto riguarda le strutture pubbliche; a quel tempo era frequente sentir parlare delle tariffe dei DRG con la perifrasi di "soldi del Monopoli". Le strutture private accreditate si organizzarono rapidamente nel modificare i propri processi produttivi in risposta al nuovo metodo di pagamento, e le Unità sanitarie locali sul cui territorio di competenza le case di cura si trovavano, misero in piedi gli "uffici DRG" con il principale scopo di controllare questo metodo di rendicontazione da parte dei produttori privati.

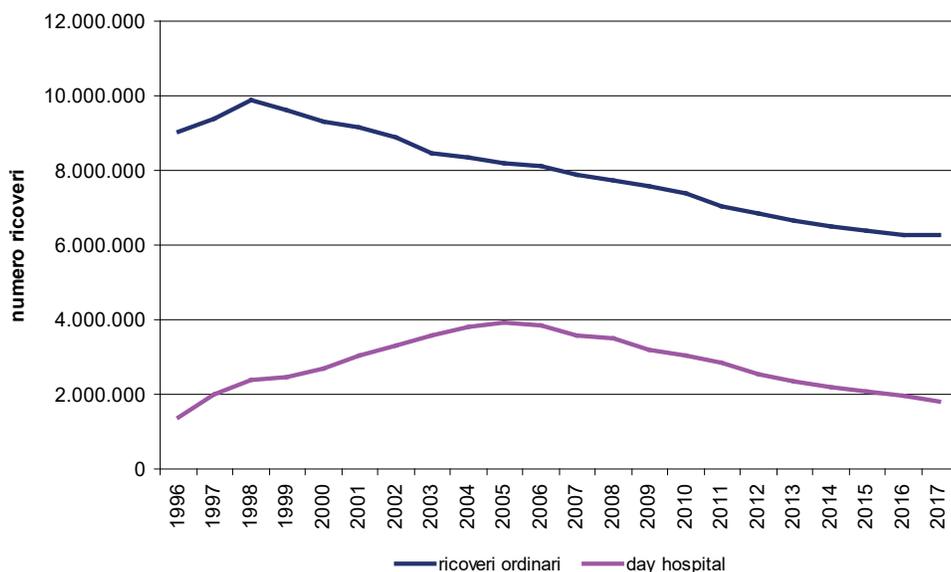
Dal 1997 il Ministero della sanità (che ha cambiato il nome in "Ministero della salute" dal 2001) pubblica un "Rapporto annuale sull'attività di ricovero" basato sulle

SDO dell'anno precedente: il celebre "Rapporto SDO". Il primo anno di pubblicazione analizza i dati dei ricoveri del 1996, il secondo anno dall'adozione del sistema dei DRG. Le uscite annuali della pubblicazione forniscono un utile strumento per descrivere i fenomeni accaduti nel nostro Paese e in Toscana in questo periodo.

I ricoveri per acuti a ciclo continuo di cure ("ricoveri ordinari") aumentano di numero dal 1996 al 1998, in ragione del 9,4%, passando da 9.024.892 a 9.871.524. Nello stesso periodo le giornate di degenza aumentano del 2,9%. Dopo l'apice registrato nel 1998, i ricoveri ordinari iniziano una costante diminuzione, fino al 2017, quando si contano 6.255.055 episodi (una riduzione complessiva del 36,6%, con un decremento medio annuo del 2,5%).

Il comportamento dei ricoveri diurni ("DH", che comprendono sia "day hospital" medici che "day surgery") è molto differente: si assiste a una crescita molto marcata fino al 2005, per il grande sviluppo della chirurgia con ricovero breve e della chemioterapia antitumorale. Complessivamente i DH passano da 1.394.407 nel 1996 a 3.913.856 nel 2005, con un incremento del 180,7%. Poi, in seguito allo sviluppo dei servizi *outpatients* e alla definizione di setting di erogazione maggiormente appropriati per le attività mediche complesse e la chirurgia ambulatoriale, anche i DH iniziano a diminuire in numero, fino a 1.820.536 nel 2017 (riduzione complessiva del 115%, con un decremento medio annuo del 6,6%) (Fig. 1.1).

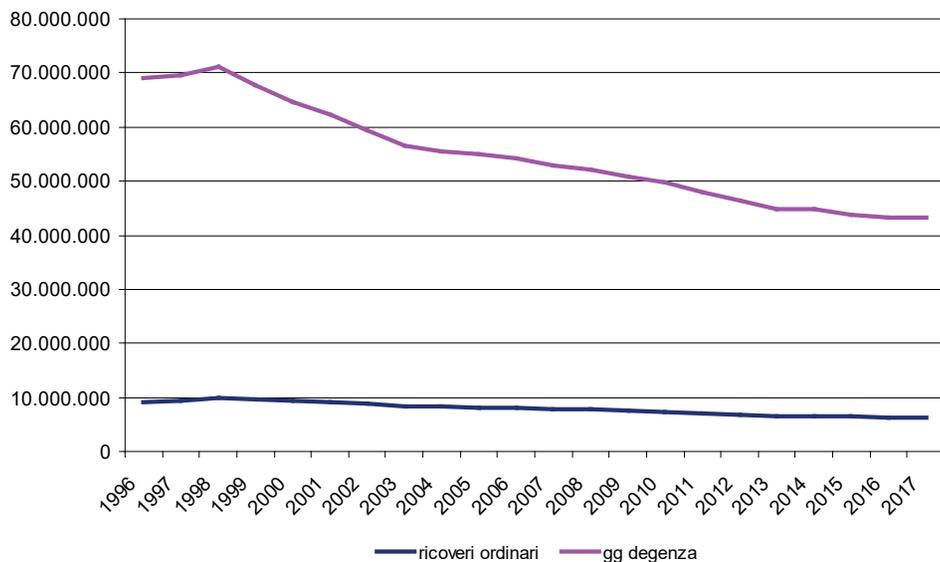
Figura 1.1
Andamento dei ricoveri per acuti in Italia, ricoveri ordinari e DH (Fonte: Ministero della salute, Rapporti SDO dal 1996 a 2017)



Le giornate di degenza in ricovero ordinario aumentano in una prima fase seguendo l'aumento dei ricoveri, ma con una pendenza inferiore, per poi iniziare a diminuire maggiormente dei ricoveri fino al 2002 (decremento medio del 4,4% annuo). Tra il 2002 e il 2017 la pendenza dei due grafici è simile (**Fig. 1.2**).

Figura 1.2

Numero di ricoveri ordinari per acuti e giornate di degenza in Italia (Fonte: Ministero della salute, Rapporti SDO dal 1996 a 2017)



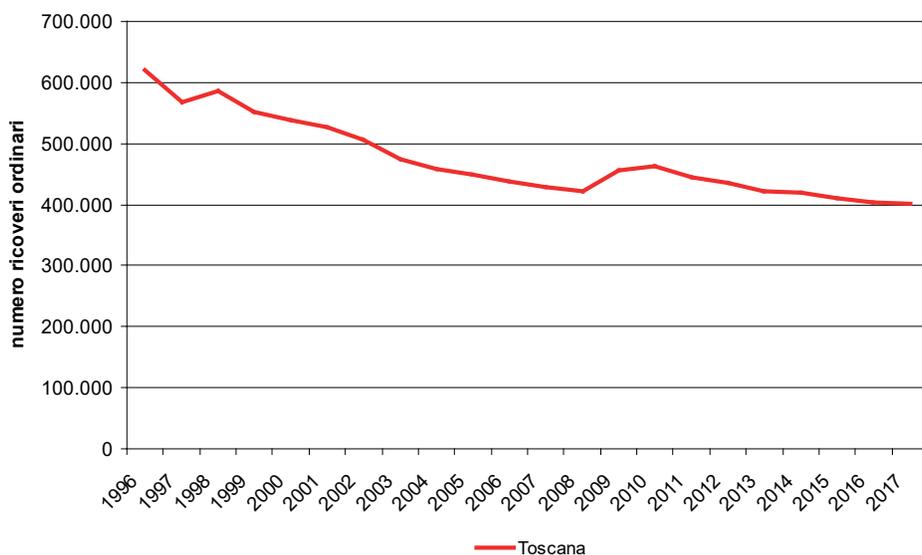
In Toscana il numero di ricoveri ordinari inizia a diminuire dal 1996, con un transitorio aumento nel 1998. La riduzione continua con un tasso annuo di diminuzione medio del 3,3%, fino al 2008. Poi, nel 2009 e nel 2010 il numero torna a salire (+7,6% nel 2009; + 1,5% nel 2010) (**Fig. 1.3**).

Che cosa è successo nel 2009, che ha causato un fenomeno differente dal Paese nel suo complesso? I posti letto ordinari non sono aumentati in Toscana (12.473 nel 2008; 12.385 nel 2009)⁶. Più avanti in questo capitolo troveremo altri elementi utili a comprendere il fenomeno appena individuato. Dopo il 2010, in ogni caso, il numero di ricoveri in Toscana inizia nuovamente a diminuire con un tasso annuo del 2%, fino a 401.877 episodi nel 2017.

⁶ Fonte: Ministero della salute, *Annuario statistico del Servizio sanitario nazionale, anni 2008 e 2009*.

Figura 1.3

Andamento dei ricoveri ordinari per acuti in Toscana (Fonte: Ministero della salute, Rapporti SDO dal 1996 a 2017)



Analizziamo ora l'andamento della degenza media per tutti i ricoveri ordinari per acuti (DM) e della degenza media preoperatoria per i ricoveri chirurgici (DM preop) in Italia e in Toscana.

Come mostrato nel prossimo grafico (**Fig. 1.4**), la DM diminuisce a partire dal 1997 in Italia, da 7,7 giorni a 6,7 giorni nel 2002. In seguito, si stabilizza intorno a questo valore tendendo semmai ad aumentare dal 2010, fino a raggiungere la media di 6,9 nel 2017.

La Toscana non si mostra particolarmente virtuosa rispetto al resto d'Italia fino al 2008, rimanendo sempre sopra i valori nazionali, con una differenza nella DM che oscillava tra 0,6 e 0,8 giorni.

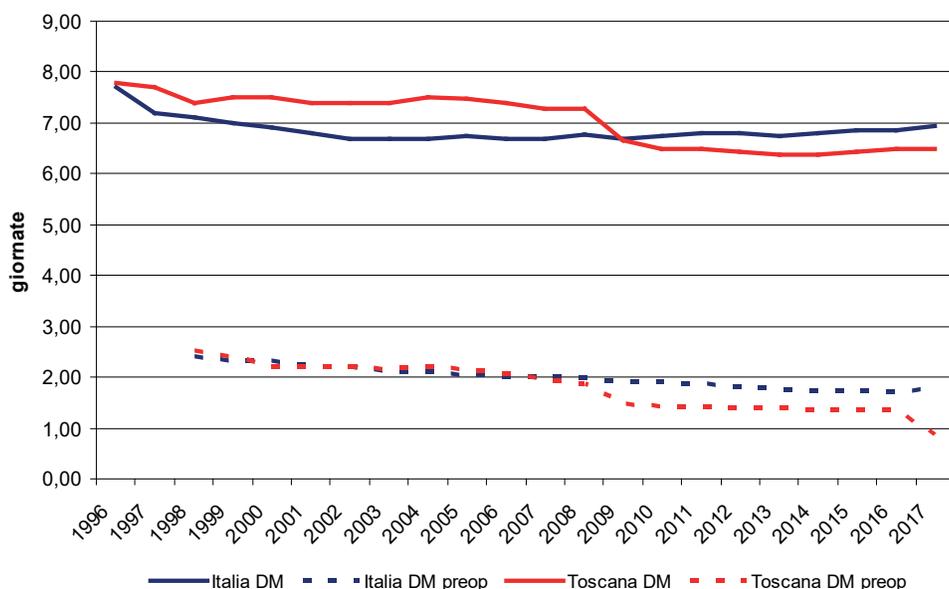
Di nuovo, nel 2008 succede qualcosa che porta bruscamente la DM a livelli inferiori rispetto al resto d'Italia. Un discreto contributo a questo fenomeno è dato dalla simultanea e altrettanto brusca riduzione della degenza preoperatoria (DM preop).

L'Indice dei case mix (ICM) e l'Indice comparativo di performance (ICP) sono due classici indicatori sintetici di performance misurabili in seguito all'introduzione del sistema dei DRG.

L'ICM standardizza l'attività di una data unità produttiva (nel caso in esame: la Regione Toscana) per un indice costituito dalla degenza media DRG specifica di un

insieme di riferimento (nel nostro caso: l'Italia). Se l'ICM è maggiore di 1, la casistica erogata dall'unità produttiva è composta da casi più complessi dello standard di riferimento.

Figura 1.4
Andamento della degenza media e della degenza media preoperatoria in Italia e in Toscana
 (Fonte: Ministero della salute, Rapporti SDO dal 1996 a 2017)



L'ICP standardizza l'attività di una data unità produttiva (sempre la Regione Toscana, nel caso in esame) per una popolazione tipo di ricoverati, cioè per la composizione in DRG rilevata nell'insieme di riferimento (l'Italia). In pratica, se l'ICP è minore di 1, vuol dire che l'unità produttiva è più efficiente del riferimento, perché per una popolazione di ricoverati simile presenta ricoveri più brevi [11].

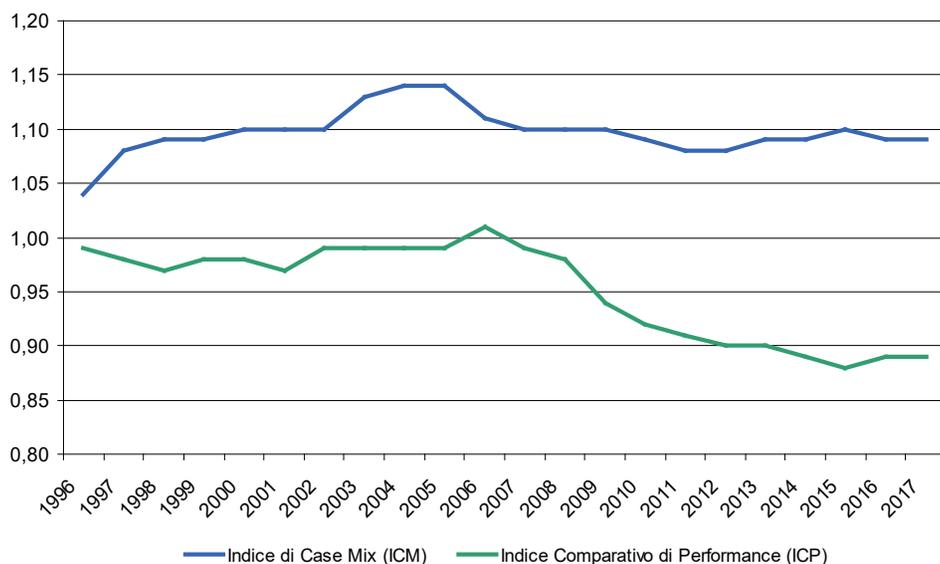
Anche questi dati sono pubblicati annualmente nel Rapporto SDO dal Ministero della salute.

Il grafico mostrato nella figura seguente (**Fig 1.5**) mostra che la complessità della casistica dei ricoverati in Toscana è stata sempre maggiore dell'Italia nel suo insieme, registrando un valore minimo di 1,04 nel 1996, per poi assestarsi su valori intorno a 1,10.

L'ICP è invece sempre stato inferiore a 1, mostrando un livello di efficienza migliore dell'Italia, tranne in un anno, il 2006, quando ha fatto registrare un peggioramento dell'efficienza (valore 1,01). Dopo quel picco, l'ICP della Regione Toscana si è ridotto

in maniera rilevante raggiungendo e mantenendo valori inferiori o uguali a 0,90 dal 2012.

Figura 1.5
Andamento dell'Indice di case mix (ICM) e dell'Indice comparativo di performance (ICP) in Toscana (Fonte: Ministero della salute, Rapporti SDO dal 1996 a 2017)



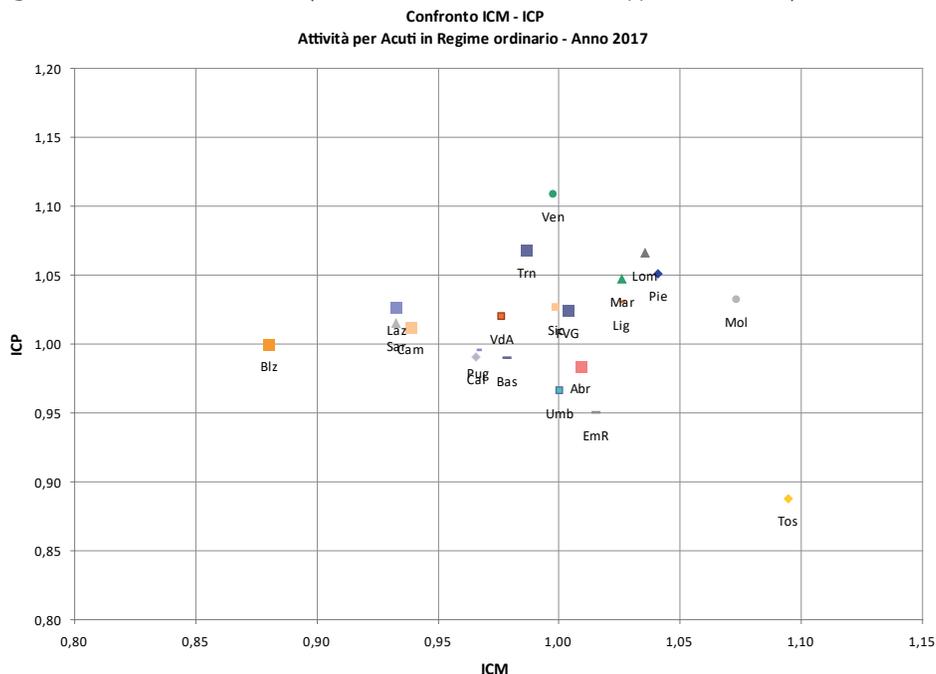
Il confronto tra ICM e ICP permette una valutazione complessiva dell'efficienza degli ospedali nell'erogazione dell'assistenza in regime di ricovero per acuti. Il grafico mostrato in **Figura 1.6**, ripreso dal Rapporto SDO 2017, evidenzia un fenomeno che è rappresentato dal Rapporto dal 2012: rispetto alle altre Regioni, la Toscana si distingue nettamente per erogare la casistica di maggiore complessità (ICM = 1.09; maggiore del 9% della media nazionale) con tempi di degenza inferiori dell'11% rispetto alla media nazionale per la stessa complessità di casistica (ICP = 0,89).

Che cosa ha fatto sì che la Toscana, fino allora non particolarmente virtuosa come efficienza dei ricoveri ospedalieri, dal 2007 – 2008 si differenzi rispetto alle altre regioni italiane, mantenendo livelli di performance nettamente superiori per un decennio?

Diverse leve organizzative sono state attivate dalle istituzioni sanitarie e dai professionisti stessi a partire dal primo quinquennio del nuovo secolo, per lo sviluppo di nuove modalità organizzative dell'attività ospedaliera, complessivamente definite "per intensità di cura".

Il riferimento storico sull'intensità di cure più citato, che conserva la sua validità ancora oggi nei principi fondamentali, risale a una pubblicazione sul «British Medical Journal» del 1962 [1].

Figura 1.6
Indice di case-mix (ICM) e Indice comparativo di performance (ICP) - Attività per acuti in regime ordinario - Anno 2017 (Fonte: Ministero della salute, Rapporto SDO 2017)



In Italia, l'interesse per l'argomento si risveglia con il nuovo millennio, sull'onda innovativa del "Metaprogetto" di Renzo Piano, lavoro sul modello di "Ospedale ad alto contenuto tecnologico e assistenziale" presentato nel marzo 2001 dall'allora ministro della Sanità Umberto Veronesi, che definisce il celebre "decalogo". Il progetto porta alla pubblicazione, nel 2003, di un rapporto sui *Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza* [12].

Un altro elemento di novità è stato la riforma delle professioni sanitarie del 2000⁷, che ne ridefinisce gli ambiti di responsabilità e autonomia avviando un corso di crescente consapevolezza da parte di professionisti fino allora qualificati come "ausiliari" rispetto alla professione medica.

⁷ Legge 10 agosto 2000, n. 251 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*).

Da allora, parecchie esperienze organizzative si sono appellate, in Italia, all'*organizzazione per intensità di cura*: nella maggior parte dei casi si tratta tutt'al più di sperimentazioni di condivisione di grandi strutture di degenza, rese disponibili dalla prevalente costruzione di ospedali con soluzione architettonica "a corpo quintuplo".

In Toscana, le "Linee Guida per la Progettazione" di 4 nuovi ospedali, deliberate nel 2003 dalle ASL interessate (Pistoia, Prato, Lucca e Massa – Carrara), in base agli indirizzi del Consiglio regionale⁸, annotano espressamente «La realizzazione coordinata degli ospedali che completano la rete ospedaliera toscana, vuole essere la concretizzazione dei principi enunciati con la corretta identificazione della funzione ospedaliera, espressa dai seguenti elementi: l'intensità delle cure; la stratificazione dei tipi di casistica trattata; l'accesso a tecnologie complesse all'interno di un sistema a rete; il dimensionamento operativo; il modello organizzativo; la formazione permanente e la ricerca.».

I quattro nuovi ospedali inizieranno a essere operativi dal 2013, ma in preparazione di ciò, un gruppo multidisciplinare di professionisti costituito dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa, ASL 11 di Empoli, ASL 3 di Pistoia e ASL 4 di Prato diffonde nel 2007 un documento denominato "30 tesi sull'ospedale per intensità di cura".

Dal 2005, in maniera indipendente dal gruppo di lavoro in precedenza citato, nella ASL 10 di Firenze, su spinta del Direttore generale, aveva preso le mosse un programma di studio e implementazione delle tecniche del *Lean Thinking* ('pensare snello'), primo in Italia, cui faranno seguito diverse esperienze sul territorio nazionale (anch'esse sviluppate in maniera indipendente le une dalle altre). Questo movimento prese il nome di Organizzazione lean dell'assistenza – OLA, e si sviluppò con il coinvolgimento dei professionisti della ASL di Firenze, con la metodologia degli eventi *kaizen* (eventi di miglioramento per piccoli passi): elementi caratterizzanti erano l'identificazione di linee di produzione (con una separazione dei processi in urgenza da quelli programmati), l'organizzazione del lavoro in cellule assistenziali, la definizione di nuove responsabilità e la visione dei processi *end-to-end*. Il modello e i primi risultati dell'implementazione sono stati pubblicati in alcuni articoli dal 2008 [13,14,15].

Un fatto di grande rilevanza per diffondere, tra gli operatori e il management del Servizio sanitario regionale della Toscana, l'idea che fosse necessario procedere a cambiamenti organizzativi nelle diverse realtà, spingendo il sistema verso l'elaborazione di meccanismi di efficienza, è stata l'introduzione nel 2004 del sistema di valutazione

8 Deliberazione del Consiglio regionale della Toscana 12 febbraio 2003, n. 31 (*Linee di indirizzo per la riorganizzazione ospedaliera e per il dimensionamento del fabbisogno*).

delle performance progettato dal Laboratorio Management e Sanità della Scuola superiore Sant'Anna di Pisa.

Nel 2007, la rivista «Salute e Territorio», edita dalla Regione Toscana, pubblica due numeri monografici successivi a *Il governo dell'ospedale*, con contributi di molti professionisti [16].

Dal punto di vista del governo della Regione, nel 2009 sono state promulgate due deliberazioni della Giunta regionale, fortemente impattanti sull'organizzazione ospedaliera, in particolare per le attività chirurgiche, sulla gestione delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa⁹.

Gradualmente, in Toscana si è creato un persistente tessuto culturale non sempre favorevole ai nuovi modelli proposti, di diffuso confronto e dibattito sullo sviluppo e l'implementazione di modalità organizzative innovative delle attività sanitarie, non del tutto omogenee, impropriamente definite 'per intensità di cura'.

9 Deliberazione della Giunta regionale della Toscana 20 luglio 2009, n. 638 (*Direttiva per la gestione unica delle liste degli interventi chirurgici e dei tempi massimi di attesa, in regime istituzionale sia ordinario che libero-professionale. Tutela del diritto di accesso dell'assistito*), integrata dalla Deliberazione della Giunta regionale 30 novembre 2009, n. 1107 (*Ulteriori interventi a sostegno delle finalità di cui alla D.G.R n. 638 del 20-07-2009*).



CAPITOLO 2

SURVEY

**SUI MODELLI ORGANIZZATIVI
DEGLI OSPEDALI PUBBLICI
DELLA TOSCANA**

2. SURVEY SUI MODELLI ORGANIZZATIVI DEGLI OSPEDALI PUBBLICI DELLA TOSCANA

Questo studio nasce con l'obiettivo di fotografare lo stato di implementazione dei modelli organizzativi attivati negli ospedali pubblici della Toscana e il livello di coerenza con gli elementi caratteristici dell'organizzazione per intensità di cura.

La survey è stata creata grazie a un lavoro congiunto, iniziato a luglio 2018, cui hanno partecipato l'Osservatorio per la Qualità e l'equità dell'ARS e un panel di esperti, costituito da direttori ospedalieri della Toscana¹⁰.

I lavori sono terminati a settembre 2018 con il perfezionamento della survey e il suo invio, attraverso una piattaforma online con credenziali di accesso personali, ai direttori di 48 ospedali pubblici della Toscana. La fase di raccolta delle risposte è terminata a marzo 2019.

La survey è composta da 5 sezioni, ognuna delle quali si sviluppa in più quesiti. I quesiti sono stati selezionati dal gruppo di lavoro, seguendo le indicazioni provenienti principalmente dalla l.r. 40/2005¹¹ e dal d.m. salute 70/2015¹². Per la stesura dei quesiti relativi alla sezione n. 3 (*Strutturazione del percorso dell'emergenza*) sono state prese in considerazione le indicazioni provenienti dalla deliberazione della Giunta regionale della Toscana n. 806/2017¹³. Le domande della sezione n. 4 (*Organizzazione dei processi di cura*) sono state sviluppate prendendo in considerazione le informazioni presenti nella deliberazione della giunta regionale della Toscana n. 679/2016¹⁴.

10 Panel di esperti costituito da: Andrea Bassetti (Asl Toscana Centro), Francesca Ciraolo (Asl Toscana Centro), Francesca De Marco (AOU Senese), Lucilla Di Renzo (Asl Toscana Centro), Daniele Lenzi (AOU Senese), Grazia Luchini (AOU Pisana) e Daniela Matarrese (Asl Toscana Centro).

11 Testo coordinato della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 (*Disciplina del servizio sanitario regionale*).

12 Decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*).

13 Allegato A della deliberazione della Giunta regionale 24 luglio 2017, n. 806, (*Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto soccorso. Linee di indirizzo*).

14 Deliberazione della Giunta regionale 12 luglio 2016, n. 679, (*Agenzia di continuità ospedale-territorio: indirizzi per la costituzione nelle zone-distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio*).

Sezione 1 – Organizzazione delle degenze

- 1.1 Numero di posti letto ordinari (a ciclo continuo di cure) utilizzati dalle discipline mediche
- 1.2 Numero di posti letto ordinari (a ciclo continuo di cure) utilizzati dalle discipline chirurgiche
- 1.3 Disponibilità di setting di degenza multispecialistici per le discipline mediche
- 1.4 Disponibilità di setting di degenza multispecialistici per le discipline chirurgiche
- 1.5 Presenza nelle degenze mediche di un tutor medico per ciascun paziente
- 1.6 Presenza nelle degenze chirurgiche di un tutor medico per ciascun paziente
- 1.7 Presenza nelle degenze mediche di un infermiere di riferimento per ciascun paziente
- 1.8 Presenza nelle degenze chirurgiche di un infermiere di riferimento per ciascun paziente
- 1.9 Organizzazione del lavoro infermieristico nelle degenze ordinarie (a ciclo continuo di cure) strutturato per cellule o moduli
- 1.10 Tipologia di posti letto utilizzati dall'attività di day surgery

Sezione 2 – Graduatoria delle cure per intensità

- 2.1 Percentuale di posti letto di Terapia intensiva rispetto al totale dei posti letto ordinari – a ciclo continuo di cure – dell'ospedale
- 2.2 Presenza di posti letto di degenza sub-intensiva multidisciplinare
- 2.3 Presenza di posti letto di degenza sub-intensiva monospecialistica, compresa UTIC
- 2.4 Presenza nei comparti operatori di una *Post Anesthesia Care Unit (PACU)/ Recovery Room*
- 2.5 Sviluppo di un modello di distribuzione delle risorse infermieristiche per i pazienti intensivi e sub-intensivi che tenga conto dell'intensità di nursing richiesta
- 2.6 Uso di scale di valutazione all'interno di un'area di degenza per l'assegnazione del numero di pazienti a un'equipe infermieristica
- 2.7 Strutturazione delle degenze delle discipline mediche secondo livelli distinti IIA (*high care*) e IIB (intensità medio-bassa)
- 2.8 Numero di pazienti per medico di guardia nelle ore notturne per le discipline mediche

Sezione 3 – Strutturazione del percorso dell'emergenza

- 3.1 Numero di accessi al Pronto soccorso nel 2017
- 3.2 Presenza di letti di OBI nel Pronto soccorso
- 3.3 Presenza di una degenza di Medicina d'urgenza nel DEA
- 3.4 Presenza di una degenza sub-intensiva nel DEA
- 3.5 Assegnazione da parte del PS di disciplina e livello di intensità per i pazienti destinati al ricovero
- 3.6 Presenza di un Pronto soccorso pediatrico all'interno del PS
- 3.7 Presenza di percorsi di fast track all'interno del PS

Sezione 4 – Organizzazione dei processi di cura

- 4.1 Tipologia di aree di degenza e sale operatorie utilizzate nei ricoveri chirurgici da parte dei percorsi per l'emergenza-urgenza e da quelli per la chirurgia programmata
- 4.2 Attuazione di procedure di programmazione chirurgica cui partecipa la direzione dell'ospedale
- 4.3 Centralizzazione del servizio di pre-ospedalizzazione per la chirurgia programmata
- 4.4 Numero di unità di personale e numero di accessi per il servizio di pre-ospedalizzazione centralizzato
- 4.5 Attuazione di procedure di *bed management* cui partecipa la direzione dell'ospedale
- 4.6 Attuazione di procedure di gestione dei ricoveri basate su tecniche di *visual management*
- 4.7 Presenza di un'attività di valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente, effettuata all'inizio della degenza o in fase di pre-ospedalizzazione
- 4.8 Presenza di un'attività di valutazione prospettica della durata del ricovero, effettuata all'inizio della degenza o in fase di pre-ospedalizzazione
- 4.9 Presenza di una procedura per riferire i pazienti all'Agenzia di continuità ospedale-territorio (ACOT) al fine di garantire la continuità terapeutica e assistenziale ai pazienti in dimissione con limitata autonomia, e per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio

Sezione 5 – Analisi SWOT

- 5.1 Elementi di forza (*Strengths* - le attribuzioni dell'organizzazione che sono utili a raggiungere gli obiettivi fissati)
- 5.2 Elementi di debolezza (*Weaknesses* - le attribuzioni dell'organizzazione che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi fissati)
- 5.3 Opportunità (*Opportunities* - condizioni esterne all'organizzazione, che sono utili a raggiungere gli obiettivi)
- 5.4 Rischi (*Threats* - condizioni esterne che potrebbero recare danni alla performance)

2.1 TASSO DI RISPOSTA E FORMAZIONE DI CLUSTER OMOGENEI

Alla survey hanno risposto 43 dei 48 ospedali pubblici della Toscana intervistati, ottenendo così un tasso di risposta pari all'89,6%.

Per non limitarsi a una mera descrizione dell'implementazione dei modelli organizzativi per intensità di cura per singoli presidi, il gruppo di lavoro ha deciso di effettuare una clusterizzazione degli ospedali per grandezza e bacino di utenza, per analizzare eventuali differenze nell'organizzazione degli stessi rispetto alle classi di appartenenza. Per eseguire la clusterizzazione in oggetto, sono stati presi in considerazione il numero totale di posti letto a ciclo continuo di cure (p. l. ordinari) assegnati alle discipline mediche e a quelle chirurgiche, e il numero di accessi al Pronto soccorso (PS) nel 2017. In tal modo è stato creato un grafico a dispersione (**Fig. 2.1**) per confrontare che mette in relazione le coppie di valori.

Vengono così individuati tre cluster, ben visibili ed evidenziabili anche graficamente, che comprendono un totale di 32 dei 43 presidi rispondenti alla survey (74,4%). I tre cluster sono stati denominati rispettivamente “cluster A”, “cluster B” e “cluster C” (**Tab. 2.1**).

Le Aziende ospedaliero-universitarie (AOU) di Careggi, Pisa e Siena sono evidenziate nel grafico con il punto verde.

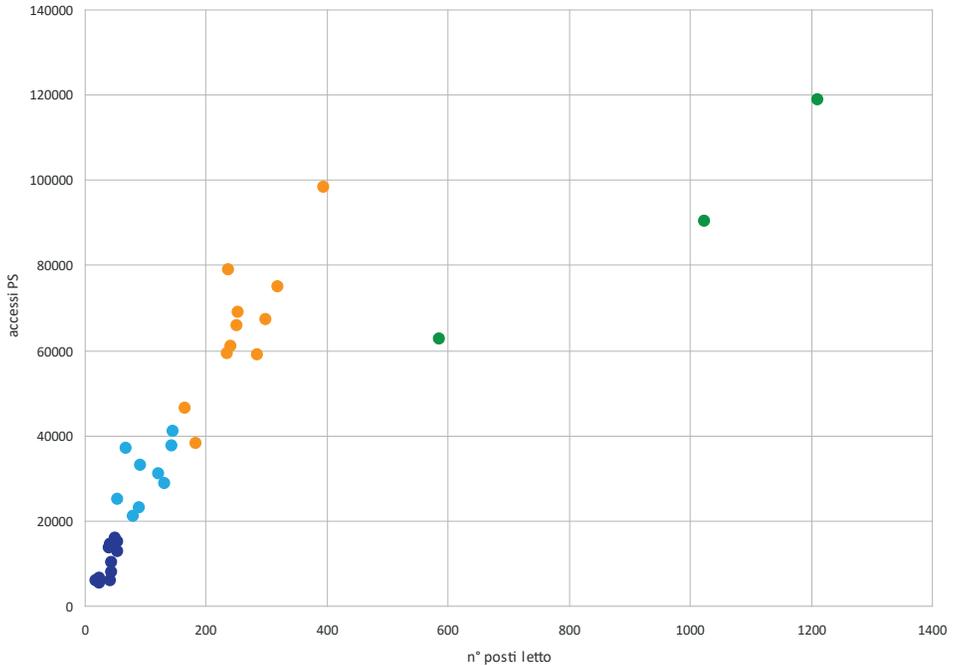
Il cluster A comprende 12 ospedali, caratterizzati dall'aver meno di 20.000 accessi annuali al PS.

Il cluster B comprende nove ospedali, che risultano avere più di 20.000 accessi annuali al PS, ma meno di 150 posti letto ordinari totali.

Il cluster C comprende 11 ospedali, con più di 150 posti letto ordinari totali.

Figura 2.1

Definizione dei cluster – In ascissa il numero totale di posti letto ordinari, in ordinata il numero di accessi annui al Pronto soccorso

**Tabella 2.1**

Clusterizzazione degli ospedali pubblici della Toscana secondo il numero di accessi annuali al Pronto soccorso e il numero totale di posti letto ordinari

Cluster A (n=12)
 < 20.000 accessi PS

Petrucchioli Pitigliano (GR)
 L. Pacini S. Marcello P.se (PT)
 Monte Amiata Abbazia San Salvatore (AR)
 Civile Bibbiena (AR)
 S. Antonio Abate Fivizzano (MS)
 Val Tiberina Sansepolcro (AR)
 S. Maria Maddalena Volterra (PI)
 S. Antonio Abate Pontremoli (MS)
 S. Andrea Massa M.ma (GR)
 Civile Elbano Portoferraio (LI)
 S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)
 Nuovo ospedale Valdichiana S. Margherita (AR)

Cluster B (n=9)
 > 20.000 accessi PS
 < 150 posti letto

S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)
 S. Maria Nuova Firenze (FI)
 Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)
 Civile Piombino (LI)
 Civile Cecina (LI)
 Ospedale dell'Alta Val d'Elsa Poggibonsi (SI)
 Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)
 Ospedale del Valdarno S.Maria della Gruccia (AR)
 SS. Cosma e Damiano Pescia (PT)

Cluster C (n=11)
 > 150 posti letto

S. Giovanni di Dio Torregalli (FI)
 S.M. Annunziata Bagno a Ripoli (FI)
 SS. Giacomo e Cristoforo Massa (MS)
 Ospedale Unico "Versilia" (LU)
 Ospedale San Luca (LU)
 S. Giuseppe Empoli (FI)
 Misericordia Grosseto (GR)
 Ospedale San Jacopo (PT)
 Spedali Riuniti (LI)
 Area Aretina Nord Arezzo (AR)
 Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano (PO)

Le quattro AOU Senese, Pisana, Careggi e Meyer, escluse, non rientrano nei criteri di clusterizzazione per il loro collocamento strategico nella rete ospedaliera regionale.

I restanti sette ospedali rispondenti all'indagine (Civile Carrara, IOT Firenze, Degli Infermi S. Miniato, S. Pietro Igneo Fucecchio, Istituto di fisiologia clinica Fondazione Monasterio, S. Francesco Barga, Ospedale pediatrico apuano Fondazione Monasterio) non sono stati inclusi in nessun cluster per mancanza di PS o per le particolari caratteristiche delle degenze, che li rendono non confrontabili con gli altri ospedali.

La descrizione dei risultati della survey inizia con l'analisi del rapporto che intercorre tra il numero di posti letto a ciclo continuo di cure, utilizzati dalle discipline mediche e da quelle chirurgiche, e il numero di accessi annui al PS. In questo modo è possibile fotografare i volumi di attività per quanto riguarda il percorso dell'emergenza rispetto alla grandezza numerica delle degenze ordinarie.

I posti letto ordinari totali sono 7.438.

Del totale regionale dei posti letto ordinari, 484 sono collocati in ospedali appartenenti al cluster A (6,5%), 923 (12,4%) in ospedali del cluster B (923 posti letto) e 2.858 posti letto (38,4%) nel cluster C. Le AOU Senese, Pisana e Careggi dispongono di 2.819 posti letto a ciclo continuo di cure (37,90% del totale regionale) (**Tab. 2.2**).

Tabella 2.2

Posti letto totali, media, deviazione standard e percentuale sul totale del numero di posti letto ordinari a ciclo continuo di cure per le degenze mediche e chirurgiche, suddivisi per cluster A – B – C e AOU

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	AOU S, P, C
Posti letto totali	484	923	2.858	2.819
Media (\pm DS)	40,33 (\pm 12,12)	102,56 (\pm 33,68)	259,82 (\pm 63,34)	939,67 (\pm 321,21)
% sul totale	6,51%	12,41%	38,42%	37,90%

L'AOU Meyer di Firenze dispone di 198 posti letto a ciclo continuo di cure, che rappresentano l'1,86% di tutti i posti letto ordinari della Toscana.

Gli accessi al PS nell'anno 2017 sono stati 1.439.805, con una media di 39.994,6 (\pm 29.544,8) accessi per ospedale.

La **Tabella 2.3** mostra la suddivisione degli accessi PS per i cluster: il totale degli accessi per il cluster A è stato 128.585 (8,9% degli accessi totali).

Gli ospedali appartenenti al cluster B hanno registrato 277.473 accessi nel 2017 (19,3%), percentuale superiore di 7 punti alla percentuale delle degenze ordinarie (12,4%).

La percentuale degli accessi al PS per il cluster C è del 49,9% (718.713 accessi nel 2017); la percentuale è superiore a quella dei posti letto ordinari (38,4%). Questo rapporto tra disponibilità di posti letto ordinari e accessi al PS cambia drasticamente per le AOU Senese, Pisana e Careggi.

Infatti, le tre AOU nel 2017 hanno registrato complessivamente 271.853 accessi al PS, solamente che rappresentano il 18,88% degli accessi totali della Toscana, rispetto al 37,90% delle degenze ordinarie.

Tabella 2.3

Numero di accessi al PS 2017, media, deviazione standard e percentuale sul totale regionale, suddivisi per cluster A – B – C e AOU

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	AOU S, P, C
Totale accessi PS	128.585	277.473	718.713	271.853
Media (± DS)	10.715,42 (± 4.122,17)	30.830,33 (± 6.969,48)	65.337,55 (± 16.057,75)	90.617,67 (± 28.204,71)
% sul totale	8,93%	19,27%	49,92%	18,88%

L'AOU Meyer di Firenze ha registrato nel 2017 43.181 accessi al proprio PS, rappresentando il 3% degli accessi totali della Toscana.

I “grandi” presidi (cluster C) e le AOU Senese, Careggi e Pisana rappresentano insieme, con oltre il 75%, la grande maggioranza delle degenze ordinarie, garantendo ai cittadini la più alta disponibilità di posti letto in Toscana. Questo è in accordo con le indicazioni provenienti dal d.m. salute 70/2015¹⁵; infatti i presidi ospedalieri presenti nel cluster C corrispondono agli Ospedali di I livello, ovvero a quei presidi che devono coprire un bacino di utenza di 150.000-300.000 abitanti e quindi richiedono una forte disponibilità di posti letto di degenza.

Circa la metà degli accessi regionali al PS avviene nei “grandi” ospedali del cluster C, che, in relazione al proprio posizionamento strategico nella rete ospedaliera regionale e al dimensionamento in termini di posti letto a ciclo continuo di cure, ricoverano per oltre il 50% pazienti provenienti dal percorso dell’urgenza.

La stessa caratteristica si rileva per gli ospedali “medi” (cluster B), i cui PS fanno da riferimento per quasi un cittadino su cinque. Diversa è la situazione che si crea nelle AOU, che operano prevalentemente in regime programmato, pur essendo dotate di PS con alti volumi di accessi.

Poiché la maggior parte dei percorsi d’emergenza si risolve nell’ambito territoriale prossimo all’evento acuto, si crea la necessità, per gli ospedali “medio-grandi”, di rispondere adeguatamente con l’offerta di degenze ordinarie mediche e chirurgiche alle richieste che arrivano dal PS.

15 Decreto del Ministro della salute del 2 aprile 2015, n. 70 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera*).

2.2 ORGANIZZAZIONE DELLE DEGENZE

La prima sezione raccoglie elementi volti a esplorare il grado di sviluppo di elementi strutturali e organizzativi delle degenze, considerati tipici delle organizzazioni “per intensità di cura”. La realizzazione di “degenze multispecialistiche” è sempre stata considerata una caratteristica di innovazione necessaria a superare i paradigmi organizzativi preesistenti, basati sulla struttura dei reparti dedicati alle singole specialità mediche e chirurgiche. In effetti, gli ospedali di più recente progettazione, dagli anni Settanta, sono per lo più realizzati a corpo quintuplo (due corridoi che servono tre file di ambienti, con le serie esterne occupate generalmente dalle camere di degenza): la conseguente grande capienza dei reparti ospedalieri richiede già per sé la sistemazione di più strutture organizzative specialistiche con la condivisione delle medesime aree degli edifici. L'intento della nuova modalità organizzativa va oltre la semplice contiguità o vicinanza di specialità affini, quello che si vorrebbe realizzare è una integrazione di competenze mediche e assistenziali e una migliore adattabilità dei reparti alle oscillazioni della domanda di assistenza.

Tuttavia, il venir meno della definizione fisica degli spazi a disposizione di ogni singola specialità ha reso necessaria la creazione di figure di riferimento mediche e infermieristiche per ciascun paziente, con lo scopo di fornire riferimenti univoci e personalizzati al ricoverato, ai familiari e agli altri professionisti medici coinvolti nel suo percorso di cura (medico di Medicina Generale, consulenti e specialisti di riferimento). Parallelamente, l'organizzazione del processo assistenziale ha richiesto il superamento del lavoro infermieristico “per compiti”, verso organizzazioni ritenute di maggior interesse professionale e in grado di favorire il rapporto di cura.

Dall'indagine condotta, risulta che gli elementi caratterizzanti i nuovi modelli assistenziali sono più rappresentati negli ospedali di maggiori dimensioni.

Il 65,1% degli ospedali intervistati si è dotato di setting di degenza multispecialistica per le discipline mediche; la percentuale aumenta al 69,8% per quanto riguarda le discipline chirurgiche (**Figg. 2.2 e 2.3**).

La distribuzione per cluster è abbastanza omogenea; infatti, non si riscontrano differenze significative nella disponibilità di setting di degenza multispecialistici a seconda dell'appartenenza a uno o all'altro cluster.

Tabella 2.4**Percentuale di risposte compatibili con l'implementazione del modello organizzativo in generale e per cluster**

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	p value	Generale
Presenza di setting di degenza multi-specialistici per discipline mediche	58,3%	66,7%	81,8%	0,473	65,1%
Presenza di setting di degenza multi-specialistici per discipline chirurgiche	66,7%	88,9%	90,9%	0,260	69,8%
Presenza di tutor medico nelle degenze mediche	58,3%	100,0%	81,8%	0,069	80,0%
Presenza di tutor medico nelle degenze chirurgiche	50,0%	77,8%	72,7%	0,381	70,3%
Presenza di infermiere di riferimento nelle degenze mediche	66,7%	66,7%	100,0%	0,096	77,5%
Presenza di infermiere di riferimento nelle degenze chirurgiche	70,0%	66,7%	72,7%	0,958	75,5%
Organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli	75,0%	100,0%	100,0%	0,063	85,4%
Posti letto utilizzati dall'attività di day surgery in reparto dedicato	30,0%	33,3%	45,5%	0,741	40,5%

Risposte positive: ■ <20% ■ =20%-40% ■ >40%-60% ■ >60%-80% ■ >80%

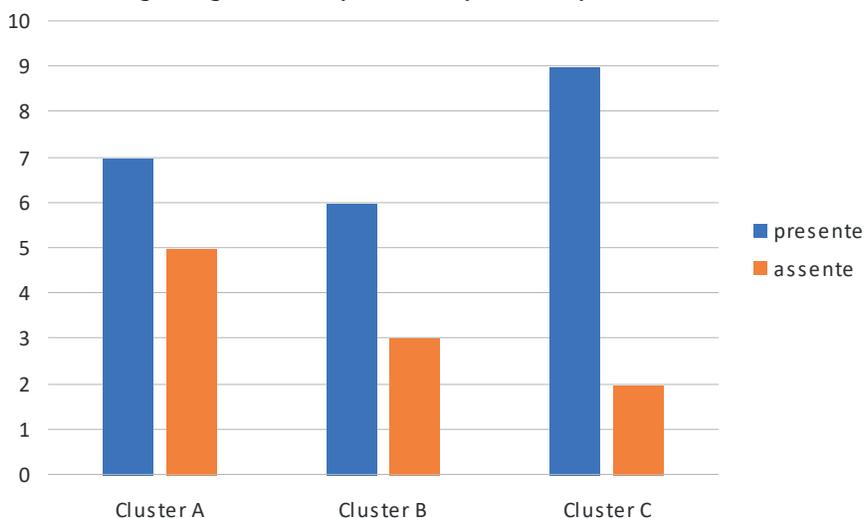
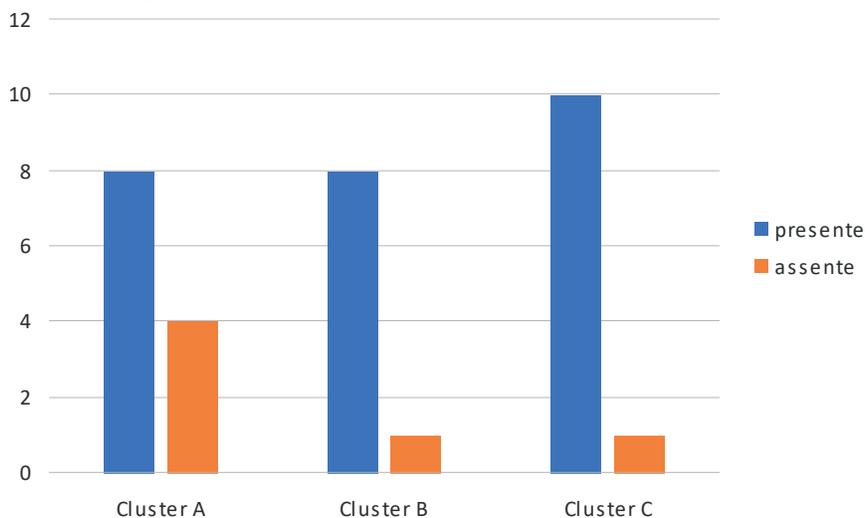
Figura 2.2**Presenza di setting di degenza multispecialistica per le discipline mediche**

Figura 2.3
Presenza di setting di degenza multi-specialistica per le discipline chirurgiche



2.3 IL MEDICO TUTOR E L'INFERMIERE DI RIFERIMENTO

Il modello organizzativo di riferimento presuppone una corretta e appropriata gestione del percorso ospedaliero. In un contesto di crescente pressione sulle risorse disponibili e di riduzione della durata di degenza, serve una presa in carico del paziente che sia la meno frammentata possibile e che risulti essere coordinata e unitaria. A livello dei professionisti che si interfacciano direttamente col paziente emerge quindi la necessità di due figure nuove di coordinamento che realizzino una effettiva presa in carico: il medico tutor e l'infermiere di riferimento.

Il medico tutor rappresenta l'elemento di continuità del percorso del paziente in ospedale, prendendolo in carico entro le prime 24 ore dall'accettazione dello stesso. Ha il compito di stendere il piano clinico ed è responsabile del singolo percorso sul ciascun paziente.

Vista la necessità di garantire una continuità tra ospedale e territorio, diventa fondamentale la presenza di una figura di raccordo tra evento acuto ospedaliero e la medicina generale (gestione della dimissione, eventuale follow-up, riaffidamento al medico di Medicina Generale). In questo ambito il medico tutor rappresenta l'interfaccia diretta con il MMG, di cui è il principale interlocutore. Inoltre, il medico tutor rappresenta l'unico punto di riferimento per i familiari del paziente, con i quali

instaura un rapporto di fiducia, e per i professionisti che interverranno nel percorso di cura, avendo la responsabilità di interpellare gli specialisti per una corretta diagnosi. Il medico tutor è responsabile del paziente fino alla sua dimissione, e rappresenta, in un certo modo, il garante della coerenza tra bisogno e risposta.

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

I vantaggi dell'introduzione della figura del medico tutor sarebbero rappresentati da una riduzione della durata della degenza e dei ricoveri ripetuti. Questo modello organizzativo aumenterebbe anche la soddisfazione dell'utenza, valutabile tramite la somministrazione di questionari sia ai degenti che ai familiari¹⁶ [8,17].

La figura dell'infermiere di riferimento inizia a prendere vita grazie alle profonde trasformazioni e conquiste dell'ultimo decennio per la professione infermieristica. Con la legge 251 del 2000, all'infermiere viene conferita la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni, con autonomia professionale¹⁷. Si passa a un modello di assistenza personalizzata, per cui l'infermiere di riferimento diventa responsabile dell'assistenza al paziente affidatogli e del risultato del progetto assistenziale. Gli altri infermieri svolgono il ruolo di "associati", erogando prestazioni secondo programma e garantendo la continuità in assenza dell'infermiere di riferimento.

Date le loro responsabilità, il medico tutor e l'infermiere di riferimento devono possedere un'adeguata esperienza e competenza clinica rispetto alla comunicazione con i pazienti e alla gestione dei percorsi assistenziali, da supportare attraverso percorsi formativi e da valutare e mantenere nel tempo.

In metà degli ospedali risulta attivata la funzione di medico tutor in tutti i reparti di degenza medica. Nel 20% degli ospedali è assente la figura del medico tutor per quanto riguarda le degenze mediche. Per il 20% degli ospedali il medico tutor rappresenta una modalità operativa parzialmente o completamente attivata solo in alcune aree mediche. Il 10% degli ospedali riferisce di non aver ancor attivato completamente la figura del medico tutor, ma di averne comunque prevista l'implementazione in tutte le aree mediche (**Tab. 2.5**).

16 *30 tesi sull'ospedale per intensità di cura*, a cura di team del progetto "Verso l'ospedale per intensità di cura. Progetto di ricerca-azione per supportare il cambiamento nelle Aziende della AV Centro".

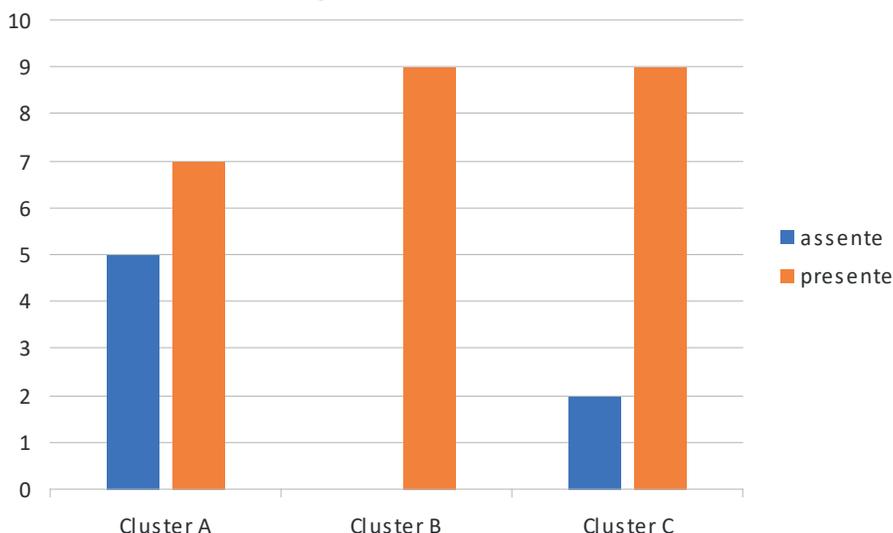
17 Legge 10 Agosto 2000, n. 251 (*Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*).

Tabella 2.5
Distribuzione delle risposte al quesito

Tutor medico nelle degenze mediche	Distribuzione complessiva
no	8 (20,0%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	5 (12,5%)
attivata solo in alcune aree	3 (7,5%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	4 (10,0%)
implementata in tutto l'ospedale	20 (50,0%)

Nella distribuzione per cluster possiamo osservare che all'aumentare del dimensionamento dell'ospedale, la figura del medico tutor nelle degenze mediche è presente più frequentemente. Nel cluster A, quello degli ospedali più piccoli, solamente il 58% ha la figura del medico tutor; questa percentuale raggiunge addirittura il 100% nel cluster B e si attesta all'82% nel cluster C (Fig. 2.4).

Figura 2.4
Presenza di tutor medico nelle degenze mediche



Per quanto riguarda la figura del medico tutor nelle degenze chirurgiche, la sua implementazione è meno avanzata rispetto a quella nelle degenze mediche. Il 29,7% degli ospedali intervistati afferma di non aver ancora attivato la figura del medico tutor in nessuna area di degenza chirurgica. Il 10,8% risponde di averla parzialmente attivata solo in alcune aree e il 13,5% di non averla ancora attivata completamente, ma di averne prevista l'implementazione in tutte le aree chirurgiche. Solamente il 45,9%

degli ospedali ha attualmente attivato la figura del medico tutor in tutte le aree di degenza chirurgica (**Tab. 2.6**).

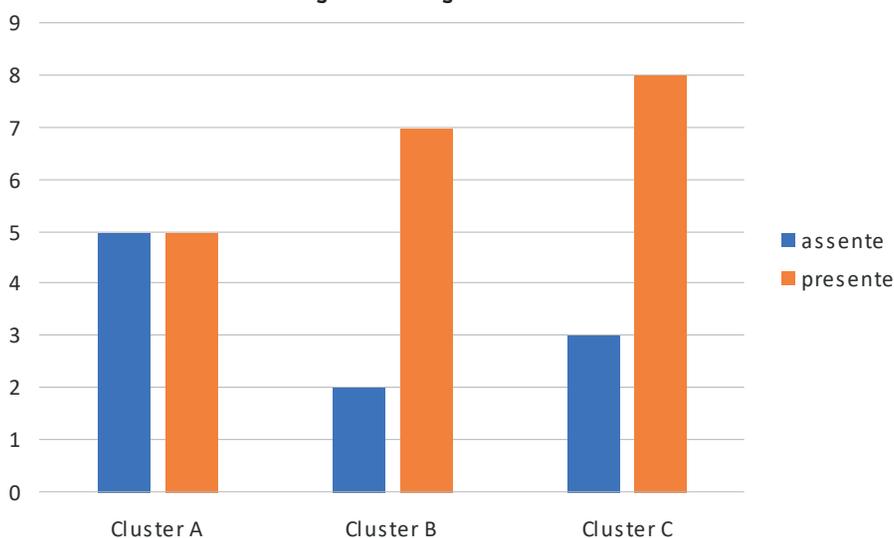
Tabella 2.6

Distribuzione delle risposte al quesito

Tutor medico nelle degenze chirurgiche	Distribuzione complessiva
no	11 (29,7%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	4 (10,8%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	5 (13,5%)
implementata in tutto l'ospedale	17 (45,9%)

La distribuzione per cluster, in questo caso, è abbastanza omogenea. Nel cluster A, solamente 1 ospedale ogni 2 ha già attivato la figura del medico tutor. La percentuale aumenta di poco arrivando al 77,8% nel cluster B e al 72,8% nel cluster C (**Fig. 2.5**).

Figura 2.5
Presenza di tutor medico nelle degenze chirurgiche



Metà degli ospedali ha attivato la figura dell'infermiere di riferimento in tutte le aree di degenza di tipo medico. Il 22,5% riferisce di non aver ancora attivato la figura dell'infermiere di riferimento; il 17,5% risponde di aver parzialmente o completamente attivato questa figura solo in alcune aree di degenza. Il 10% degli ospedali riferisce di non aver ancora attivato completamente l'infermiere di riferimento, ma di averne prevista la completa implementazione in tutte le aree mediche (**Tab. 2.7**).

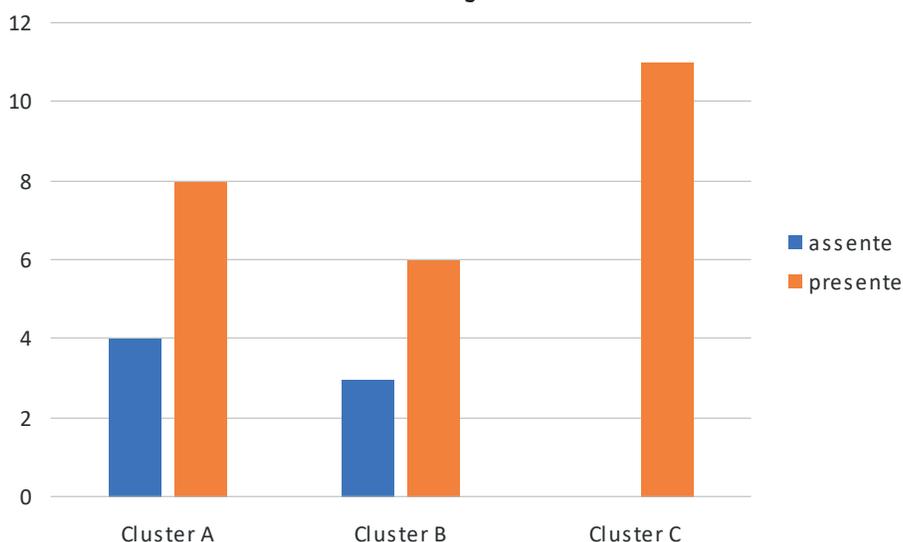
Tabella 2.7
Distribuzione delle risposte al quesito

Infermiere di riferimento nelle degenze mediche	Distribuzione complessiva
no	9 (22,5%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	6 (15,0%)
attivata solo in alcune aree	1 (2,5%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	4 (10,0%)
implementata in tutto l'ospedale	20 (50,0%)

La distribuzione per cluster mostra che la funzione dell'infermiere di riferimento compare sempre più frequentemente all'aumentare della grandezza dell'ospedale.

Sia nel cluster A che nel cluster B il 66,7% degli ospedali ha attivato la figura dell'infermiere di riferimento in modo più o meno completo per le degenze mediche, mentre nel cluster C, quello degli ospedali più grandi, tutti i presidi (100%) riferiscono di aver implementato l'infermiere di riferimento per ciascun paziente ricoverato in una degenza medica (**Fig. 2.6**).

Figura 2.6
Presenza dell'infermiere di riferimento nelle degenze mediche



Per quanto riguarda le degenze chirurgiche, la percentuale degli ospedali che non hanno ancora attivato per niente la figura dell'infermiere di riferimento sale al 24,3%. Il 16,2% degli ospedali intervistati riferisce di aver parzialmente o completamente attivato la figura dell'infermiere di riferimento solo in alcune aree di degenza chirurgica. L'8,1% non l'ha ancora attivato completamente, ma ne prevede l'implementazione in

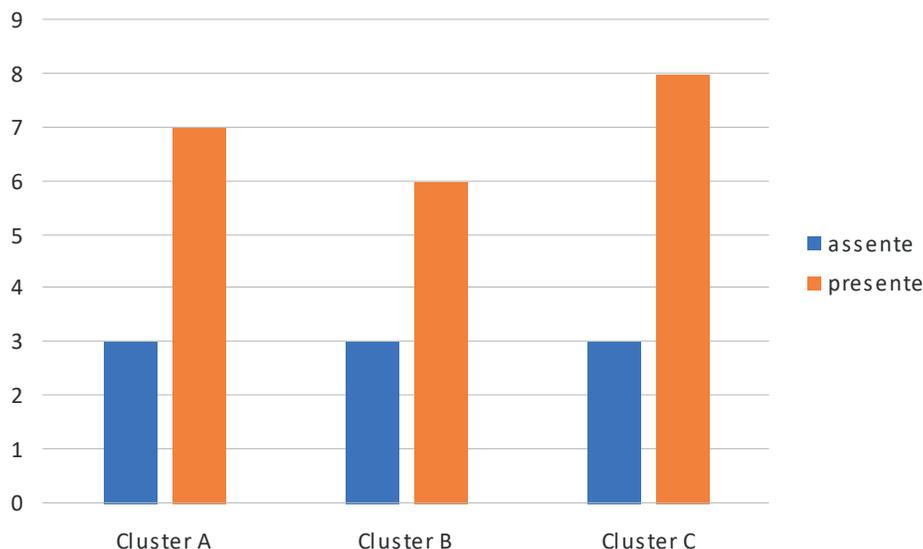
tutte le aree e poco più di 1 ospedale ogni 2 (51,4%) riferisce di aver già attivato l'infermiere di riferimento in tutte le aree di degenza chirurgica (Tab. 2.8).

Tabella 2.8
Distribuzione delle risposte al quesito

Infermiere di riferimento nelle degenze chirurgiche	Distribuzione complessiva
no	9 (24,3%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	5 (13,5%)
attivata solo in alcune aree	1 (2,7%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	3 (8,1%)
implementata in tutto l'ospedale	19 (51,4%)

La distribuzione per cluster non evidenzia alcuna differenza in base alle dimensioni dell'ospedale, con la presenza dell'infermiere di riferimento che sembra distribuirsi uniformemente. Nel cluster A il 70% ha attivato l'infermiere di riferimento più o meno completamente per le degenze chirurgiche, con le stesse percentuali nel cluster B (66,7%) e nel cluster C (72,8%) (Fig. 2.7).

Figura 2.7
Presenza dell'infermiere di riferimento nelle degenze chirurgiche



Con il sistema organizzativo ad assistenza modulare o per settori, l'infermiere di riferimento non si limita a dirigere gli altri membri del gruppo (infermieri generici, OSS, personale tecnico), ma con il loro aiuto si occuperà direttamente e continuamente del percorso assistenziale di un numero definito di pazienti.

A ogni modulo, spesso denominato “cellula” (10-12 pazienti) è assegnato un piccolo team di operatori. L’organizzazione per cellule si differenzia dai tradizionali reparti ospedalieri perché queste non sono suddivise per specialità medica, ma sono disegnate per accogliere pazienti con caratteristiche e bisogni simili. L’utilizzazione del personale risponde a criteri di efficacia ed efficienza.

I vantaggi di questo modello organizzativo sono rappresentati dalla centralità dell’utente e dalla ricerca del suo massimo grado di soddisfazione. Gli infermieri si sentono anche più direttamente responsabilizzati nel percorso di cura, e la maggior autonomia accresce la loro motivazione e la loro capacità, favorendone la gratificazione e lo sviluppo professionale.

Tuttavia, questo sistema può essere applicato soltanto in certi contesti, in quanto per esempio richiede frequenti interventi formativi e può richiedere il superamento di difficoltà comunicative fra gli infermieri di riferimento e i loro colleghi.

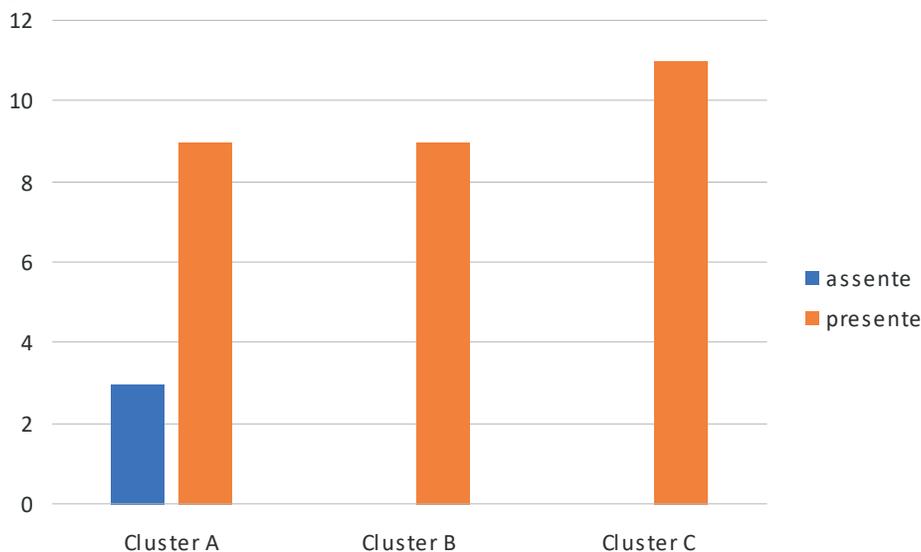
La **Tabella 2.9** ci mostra come ormai solamente il 14,6% degli ospedali toscani non abbia ancora sviluppato un’organizzazione infermieristica strutturata per cellule, e che il 12,2% l’ha attivata parzialmente o completamente solo in alcune aree dell’ospedale. Il 14,6% degli ospedali non ha ancora attivato completamente l’organizzazione per cellule o moduli, ma ne prevede al più presto l’implementazione in tutto l’ospedale. La maggioranza dei partecipanti al sondaggio (58,5%) riferisce di aver già implementato l’organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli in tutto l’ospedale.

Tabella 2.9
Distribuzione delle risposte al quesito

Organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli	Distribuzione complessiva
no	6 (14,6%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	2 (4,9%)
attivata solo in alcune aree	3 (7,3%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	6 (14,6%)
implementata in tutto l’ospedale	24 (58,5%)

La distribuzione per cluster è significativa, in quanto mostra come i presidi pubblici della Toscana che non hanno ancora sviluppato alcuna forma di organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli corrispondano agli ospedali piccoli, pari al 25% degli appartenenti al cluster A. Nei cluster B e C, la totalità degli ospedali presenti ha sviluppato più o meno completamente un’organizzazione degli infermieri per cellule o moduli (**Fig. 2.8**).

Figura 2.8
Organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli

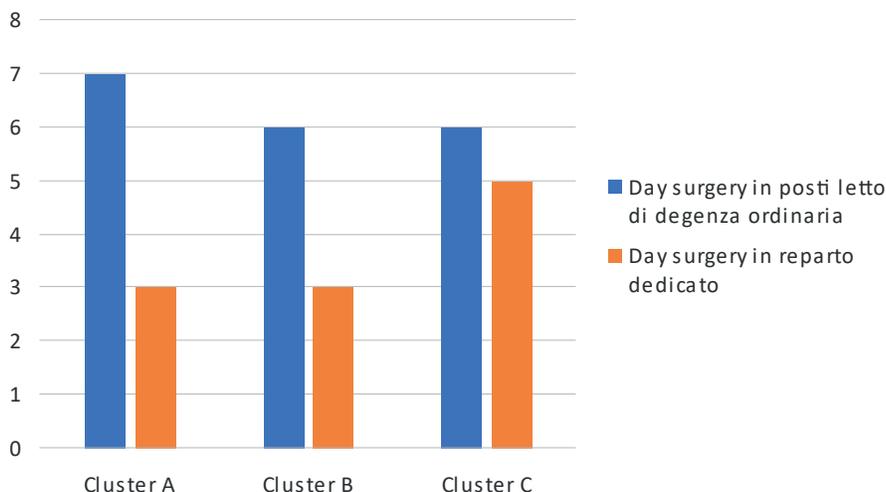


L'attività di day surgery è erogata nella quasi totalità degli ospedali pubblici della Toscana; solamente 6 dei presidi intervistati (14%) non esegue attività di day surgery nella propria struttura.

Dei restanti, il 59,5% utilizza per il day surgery posti letto all'interno dei reparti di degenza ordinaria, mentre il restante 40,5% dispone di un reparto dedicato.

La distribuzione per cluster evidenzia come il dimensionamento dell'ospedale non influenzi in alcun modo la presenza o meno del reparto dedicato all'attività di day surgery. Nel cluster A solamente il 30% degli ospedali dispone di un reparto dedicato; la stessa percentuale si ritrova praticamente anche nel cluster B (33,3%). La situazione è differente nel cluster C, dove il reparto dedicato all'attività di day surgery si riscontra quasi nella metà degli ospedali (45,5%) (**Fig. 2.9**).

Figura 2.9
Collocazione dei posti letto di day surgery



2.4 GRADUAZIONE DELLE CURE PER INTENSITÀ

In questa sezione vengono presi in considerazione gli elementi più strettamente legati al concetto di “intensità” delle cure. Realizzare una gradualità nei livelli di assistenza offerti nell’ambito del ricovero ospedaliero per acuti richiede la disponibilità strutturale e funzionale di gradi intermedi tra l’alta intensità e il livello intensivo, realizzabile con strutture di assistenza sub-intensiva e con modelli di redistribuzione della quantità di nursing erogato.

Gli ospedali di più grandi dimensioni sono quelli in cui questi elementi sono stati riscontrati con maggior frequenza.

Tabella 2.10
Percentuale di risposte compatibili con l’implementazione del modello organizzativo in generale e per cluster

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	p value	Generale
Presenza degenza sub-intensiva multidisciplinare	16,7%	44,4%	100,0%	< 0,001	44,2%
Presenza Post Anesthesia Care Unit (PACU) / Recovery Room	0,0%	44,4%	81,8%	0,001	32,7%
Modello distribuzione delle risorse infermieristiche che tenga conto dell’intensità di nursing richiesta	16,7%	88,9%	100,0%	< 0,001	60,5%
Numero pazienti assegnato a equipe infermieristica stabilito tramite scale di valutazione	25,0%	44,4%	45,5%	0,527	37,2%
Degenze strutturate secondo livelli distinti IIA (high care) e IIB (intensità medio-bassa)	25,0%	55,6%	63,6%	0,148	44,2%

Risposte positive: ■ <20% ■ =20%-40% ■ >40%-60% ■ >60%-80% ■ >80%

Presenza di posti letto di degenza sub-intensiva multidisciplinare

Con l'introduzione della figura del medico tutor, cambia anche la gestione del paziente nel livello di cura sub-intensiva. Il setting può rappresentare una fase del percorso assistenziale all'interno dell'ospedale e per questo motivo il modello teorico prevederebbe che il medico tutor del paziente in sub-intensiva fosse lo stesso professionista che ha preso in carico il paziente nell'area di origine. Cambia il ruolo dell'anestesista, il quale diventa il consulente del medico tutor per quella fase del percorso e il leader della qualità tecnica della prestazione nel momento in cui il paziente sta in sub-intensiva.

I vantaggi della creazione di un'area sub-intensiva multidisciplinare sono rappresentati dalla maggior possibilità di assorbire la variabilità della domanda e modificare l'intensità dell'assistenza secondo le esigenze. In quanto a efficienza operativa, la creazione di una degenza sub-intensiva multidisciplinare porterebbe a una maggiore appropriatezza di utilizzo delle risorse, con una diminuzione della degenza media complessiva, dell'utilizzo del livello della terapia intensiva e del tasso di occupazione e un aumento dell'indice di turn-over. Per quanto riguarda la qualità di esito e di processo, la degenza sub-intensiva multidisciplinare diminuirebbe la percentuale di re-ricoveri a 30 giorni e di reingressi a 48 ore e ridurrebbe l'incidenza di infezioni CVC-correlate. Questo modello organizzativo, infine, aumenterebbe il grado di soddisfazione dell'utenza, valutato tramite la somministrazione di questionari, grazie alla riduzione delle percentuali di cancellazione di interventi chirurgici e di rifiuto di ammissioni per i pazienti in sub-intensiva e all'aumento della percentuale di dimissioni a domicilio.

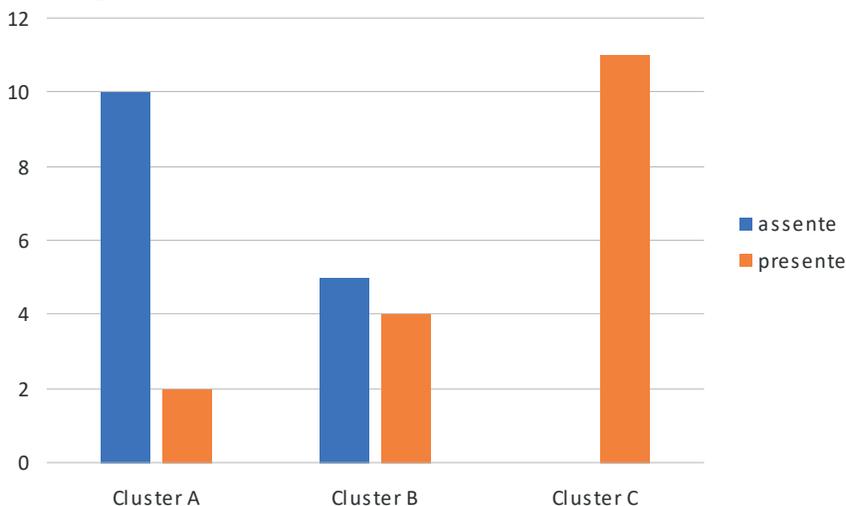
Dai risultati del sondaggio si evince come solamente il 44,2% degli ospedali pubblici della Toscana abbia nel proprio presidio attivato un setting di degenza sub-intensiva multidisciplinare. Tuttavia, è da sottolineare il fatto che questo dato è in parte inficiato dalle particolarità strutturali e organizzative delle tre AOU Senese, Pisana e Careggi, le quali dispongono di degenze sub-intensive monospecialistiche per poter rispondere in maniera ottimale agli alti livelli di assistenza richiesti. La AOU Meyer dispone di una degenza sub-intensiva multidisciplinare. Se eliminiamo queste quattro realtà dal conteggio, la percentuale degli ospedali con una degenza sub-intensiva multidisciplinare sale al 46,2% (Tab 2.11).

Tabella 2.11
Distribuzione delle risposte al quesito

Presenza degenza sub-intensiva multidisciplinare	Distribuzione complessiva
sì	19 (44,2%)
no	24 (55,8%)

La differenziazione per cluster mostra come negli ospedali piccoli la degenza sub-intensiva multidisciplinare sia quasi assente e compaia più frequentemente all'aumentare della grandezza dell'ospedale. Nel cluster A solamente il 16,7% degli ospedali dispone di una degenza sub-intensiva multidisciplinare; tale percentuale sale al 44,4% nel Cluster B per poi raggiungere il 100% nel Cluster C (Fig. 2.10).

Figura 2.10
Presenza di degenza sub-intensiva multidisciplinare



Post Anesthesia Care Unit (PACU)/Recovery Room

Il d.p.r del 14/01/1997¹⁸ prevede una “zona di risveglio” tra i criteri strutturali di accreditamento dei blocchi operatori. Nei paesi di lingua inglese viene utilizzato il termine di *Recovery Room*. Un altro termine frequentemente utilizzato nella letteratura anglosassone è *Post-Anesthesia Care Unit (PACU)*. Sia *Recovery Room* che PACU possono essere convenientemente tradotti con Area di recupero post-anestesiologico, con cui si intende quindi una zona logisticamente inserita nell’ambito di un Blocco operatorio, o nelle immediate vicinanze dello stesso, dotata di personale qualificato e attrezzature idonee al monitoraggio e alla gestione dei problemi clinici del postoperatorio, eventualmente anche in regime di day surgery.

18 Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 (*Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private*). Pubblicato nella Gazzetta ufficiale 20 febbraio 1997, n. 42, S.O.

Funzione caratterizzante questa area è la possibilità di ricovero temporaneo di tutti i pazienti provenienti dalle sale operatorie, per un periodo di tempo variabile, ma sempre dell'ordine di alcune ore, al fine di garantire il ripristino della stabilità dei parametri vitali, dello stato di coscienza, dell'attività motoria e della sensibilità. La decisione del ricovero in PACU è di competenza dell'anestesista¹⁹.

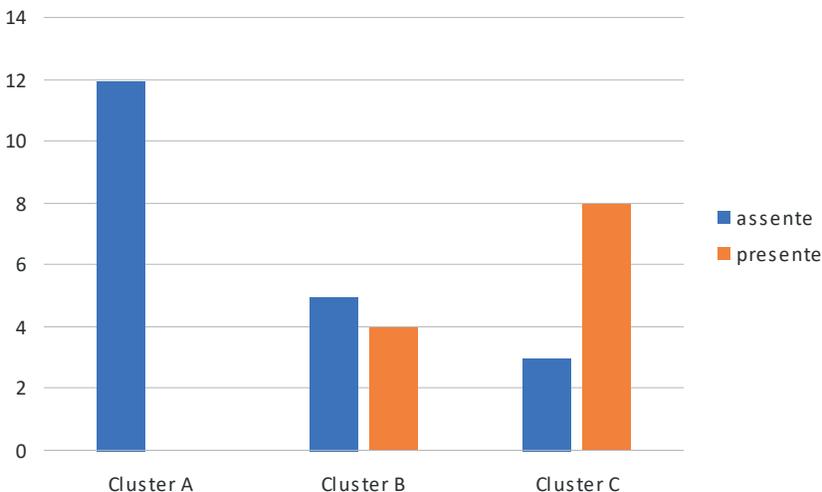
La survey evidenzia come solamente il 37,2% degli ospedali intervistati disponga nei propri comparti operatori di una PACU. Da sottolineare che le tre AOU Pisana, Senese e Careggi dispongono di questa area, mentre la AOU Meyer no. Tra gli ospedali delle ASL, la percentuale di ospedali con PACU scende al 33,3% (**Tab. 2.12**).

Tabella 2.12
Distribuzione delle risposte al quesito

Presenza Post Anesthesia Care Unit (PACU) / Recovery Room	Distribuzione complessiva
sì	16 (37,2%)
no	27 (62,8%)

La distribuzione per cluster mostra come la PACU sia totalmente assente nei piccoli ospedali appartenenti al cluster A, mentre compaia all'aumentare del dimensionamento dell'ospedale, arrivando a essere presente nel 44,4% dei casi nel cluster B e nel 72,2% dei casi nel cluster C (**Fig. 2.11**).

Figura 2.11
Presenza di PACU o Recovery Room



¹⁹ Calderini E, Arena G, Astuto M, Bettelli G, Lorenzini L, Leykin Y, Murabito P, Petri F, Pietrini D, Pontecorvo C, Salvo I, Sammartino M, Solca M, Torri G, Trevisan PL. *Raccomandazioni per l'area di recupero e l'assistenza post-anestesiologica*. Gruppo di lavoro SIAARTI per la Sicurezza in anestesia e terapia intensiva.

Modello di distribuzione dell'intensità di nursing

L'ottimale distribuzione delle risorse infermieristiche è un aspetto di fondamentale importanza nell'organizzazione di un presidio ospedaliero. In modo da garantire la migliore assistenza sanitaria possibile ai pazienti, questa deve avvenire secondo l'intensità di nursing richiesta, vale a dire tenendo conto dei carichi di lavoro e dell'intensità dell'assistenza secondo le esigenze dei vari pazienti.

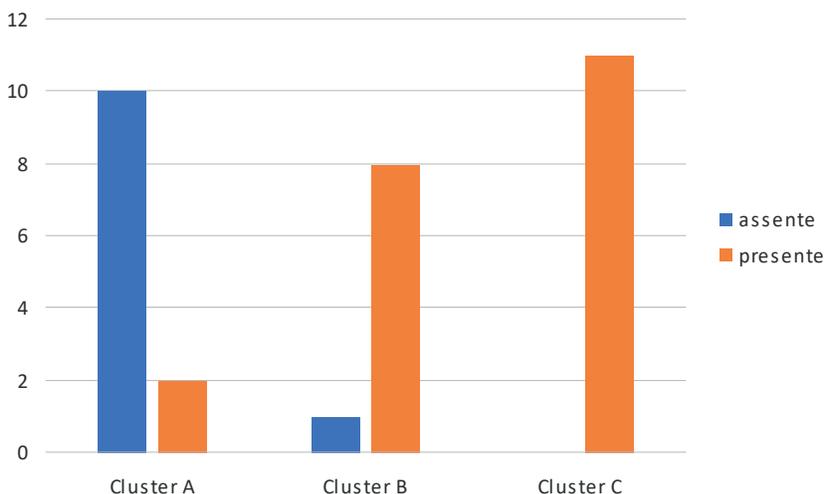
Questo modello organizzativo è presente nel 60,5% degli ospedali pubblici della Toscana rispondenti al sondaggio e, specificamente, è adottato da tutte e quattro le AOU presenti sul territorio regionale (**Tab 2.13**).

Tabella 2.13
Distribuzione delle risposte al quesito

Modello distribuzione delle risorse infermieristiche che tenga conto dell'intensità di nursing richiesta	Distribuzione complessiva
sì	26 (60,5%)
no	17 (39,5%)

La distribuzione per cluster ci indica fortemente come tale modello organizzativo sia prioritario nei grandi ospedali del cluster C, dove raggiunge il 100% di implementazione. Nel cluster B tale modello di distribuzione delle risorse infermieristiche è all'88,9% di attivazione, mentre nel cluster A arriva solamente al 16,7% (**Fig. 2.12**).

Figura 2.12
Modello distribuzione delle risorse infermieristiche che tenga conto dell'intensità di nursing richiesta



Uso di scale di valutazione per l'assegnazione dei pazienti a un'equipe infermieristica e strutturazione delle degenze delle discipline mediche (livelli IIA – *high care* – e IIB – *intensità medio-bassa*)

Questi due caratteri organizzativi sono strettamente collegati.

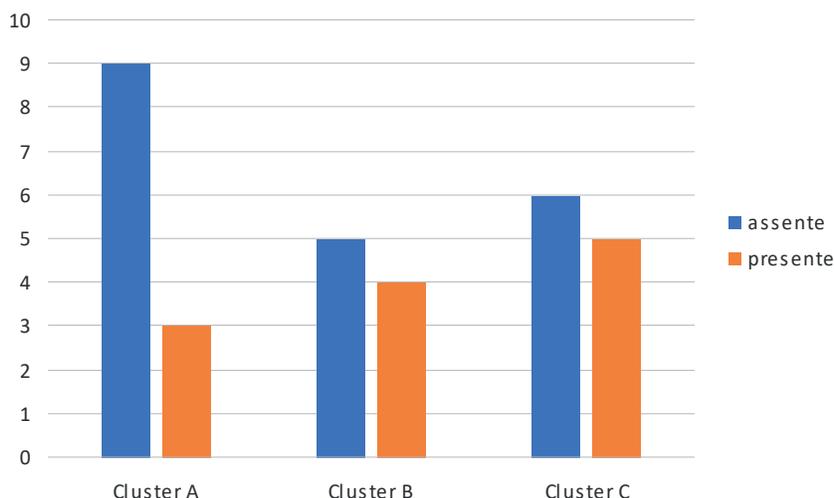
L'utilizzo, al momento dell'ammissione e durante tutto il percorso di degenza, di scale di valutazione in grado di sostenere l'assegnazione di un determinato numero di pazienti a un'equipe infermieristica si riflette anche sull'organizzazione strutturale della degenza stessa.

I pazienti con bisogni assistenziali simili, di intensità medio-bassa, vengono destinati allo stesso livello di assistenza, in questo caso IIB, e assegnati, totalmente o a gruppi a seconda della grandezza della degenza, alla stessa equipe infermieristica.

Lo stesso vale per i pazienti con livelli di assistenza richiesta più alti (IIA), che saranno assegnati, in numero minore per garantire un'assistenza infermieristica migliore, alla stessa equipe.

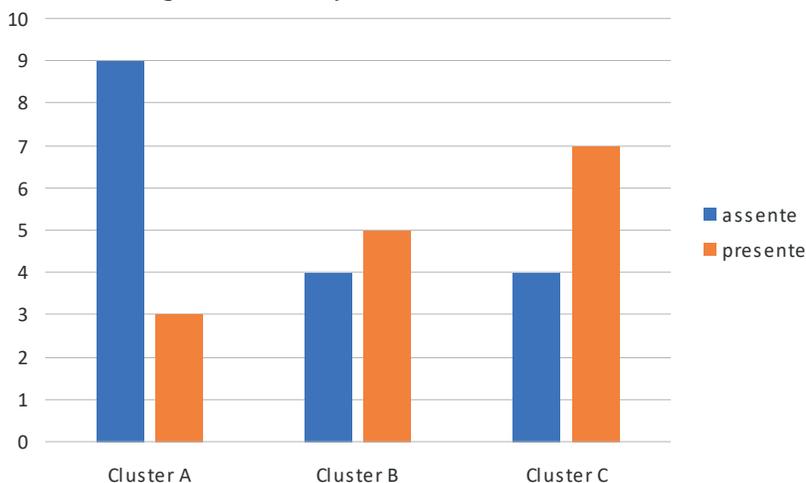
Solamente il 37,2% degli ospedali rispondenti alla survey dichiara di utilizzare le scale di valutazione per l'assegnazione del numero di pazienti a una determinata equipe infermieristica. La distribuzione all'interno dei cluster è pressoché omogenea, con una percentuale di risposte positive che arriva solamente al 25% negli ospedali più piccoli, per poi assestarsi intorno al 45% nei medi e grandi ospedali (**Fig. 2.13**).

Figura 2.13
Uso di scale di valutazione per l'assegnazione dei pazienti a un'equipe infermieristica



Più diffusa la strutturazione delle degenze secondo livelli di intensità; questa modalità è utilizzata dal 44,2% degli ospedali del sondaggio. La distribuzione per cluster mostra un leggero trend in miglioramento che segue l'aumentare delle dimensioni dell'ospedale; si comincia dal 25% negli ospedali piccoli, passando al 55,6% negli ospedali medi, per finire a un 63,6% in quelli più grandi (Fig. 2.14).

Figura 2.14
Strutturazione delle degenze delle discipline mediche in livelli IIA e IIB



2.5 STRUTTURAZIONE DEL PERCORSO DELL'EMERGENZA

La qualità del flusso di lavoro nei Dipartimenti di Emergenza costituisce uno dei motivi di maggior interesse per l'organizzazione degli ospedali, visto da parte di molti stakeholder. Nella terza sezione della survey è indagata la diffusione di elementi strutturali e organizzativi tipici dei percorsi di emergenza, che appaiono più rappresentati negli ospedali di maggiori dimensioni.

Tabella 2.14
Percentuale di risposte compatibili con l'implementazione del modello

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	p value	Generale
PS dispone di letti di OBI	75,0%	100,0%	100,0%	0,063	91,7%
DEA comprende degenza Medicina d'Urgenza	0,0%	22,2%	54,5%	0,010	27,8%
Dea comprende degenza sub-intensiva	8,3%	33,3%	54,5%	0,057	33,3%
PS assegna disciplina e livello di intensità per ricovero	91,7%	88,9%	100,0%	0,553	91,7%
Presenza Pronto Soccorso Pediatrico	0,0%	33,3%	36,4%	0,067	27,8%
Presenza Fast Track	16,7%	88,9%	100,0%	< 0,001	66,7%

Risposte positive: ■ <20% ■ =20%-40% ■ >40%-60% ■ >60%-80% ■ >80%

Presenza di letti tecnici di osservazione breve

Le Unità di osservazione breve (OB) all'interno dei Dipartimenti di emergenza-urgenza e accettazione (DEA), sono state introdotte nei paesi anglosassoni fin dagli anni '60. Per quanto riguarda l'efficienza organizzativa del sistema è indubbio il beneficio delle unità di OB in relazione al miglioramento della funzione di filtro del Pronto soccorso (PS), al sovraffollamento e all'appropriatezza dei ricoveri. Nel tempo si è venuta a creare l'esigenza di affiancare alla terminologia di "osservazione breve" anche il termine di "intensiva" per indicare un criterio temporale limitato e la relativa intensità diagnostica e assistenziale: nasce così l'acronimo OBI²⁰.

²⁰ Ministero della salute, Direzione generale della programmazione sanitaria. *Osservazione breve intensiva (OBI). Linee di indirizzo nazionali.*

In Italia, la normativa nazionale dell'inizio degli anni '90^{21,22} ha previsto che nei PS e nei DEA di I e di II livello fossero attivate le funzioni di Osservazione e breve degenza. Tale esigenza si ritrova anche nello schema del Piano sanitario nazionale 2011-2013²³, in cui si descrive l'OB come strumento indispensabile per ridurre ricoveri impropri e favorire la sicurezza delle dimissioni dal PS. Infine, l'Allegato 1 al d.m. salute 70/2015²⁴ prevede che anche i presidi ospedalieri di base, sede di PS, debbano essere dotati di letti di OBI.

L'OBI si articola in strutture di degenza breve/osservazione clinica ad alta intensità diagnostica, collocate in un'area dedicata del PS, gestite dai medici e infermieri d'urgenza. Essa costituisce una modalità di gestione delle emergenze-urgenze per pazienti con problemi clinici acuti ad alto grado di criticità ma a basso rischio evolutivo, oppure a bassa criticità ma con potenziale rischio evolutivo, aventi un'elevata probabilità di reversibilità, con necessità di un iter diagnostico e terapeutico non differibile e/o non gestibile in altri contesti assistenziali.

Pertanto, l'OBI può offrire una possibilità di setting assistenziale alternativo al ricovero tradizionale garantendo il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza delle cure erogate ai pazienti, la maggiore sicurezza ed efficacia del lavoro del PS, la maggiore appropriatezza dell'ammissione dei pazienti all'ospedale e il più razionale utilizzo delle risorse con effetti positivi sull'efficienza e l'efficacia complessiva del sistema di erogazione di questo segmento di cure.

La survey indica che il 91,7% dei PS degli ospedali toscani dispone di letti tecnici di OBI (**Tab. 2.15**).

21 Decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 (*Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza*). Pubblicato sulla G.U. n. 76 del 31/3/92 - Serie generale.

22 *Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992*. Pubblicato sulla G.U. n. 114 del 17/05/1996 - Serie generale.

23 Ministero della salute. *Schema di Piano sanitario nazionale 2011-2013*.

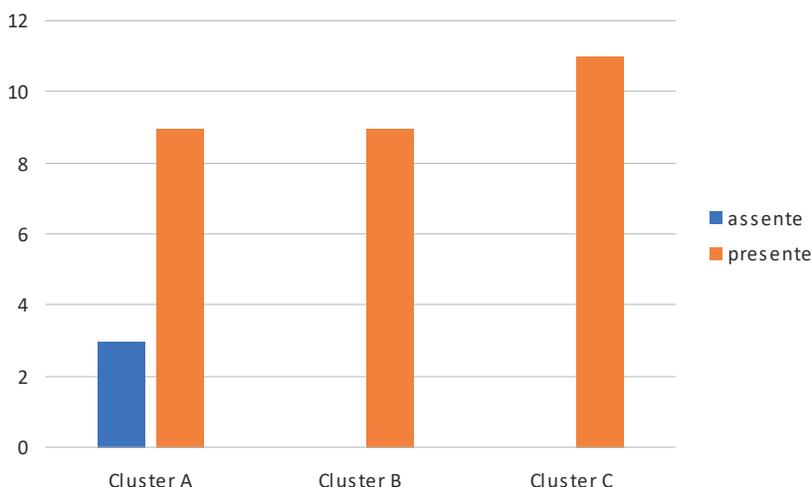
24 Decreto del Ministro della salute aprile 2015, n. 702 (*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*). Pubblicato in G.U. n. 127 del 4/6/2015.

Tabella 2.15
Distribuzione delle risposte al quesito

Il Pronto soccorso dispone di letti di OBI	Distribuzione complessiva
sì	33 (91.7%)
no	3 (8.3%)

I soli tre ospedali che non hanno sviluppato il setting dell'OBI sono ospedali piccoli, pari al 25% dei presidi appartenenti al cluster A (**Fig. 2.15**).

Figura 2.15
Presenza di letti OBI



Presenza di degenza di Medicina d'urgenza nel DEA

Secondo la legislazione in vigore²⁵, l'attività della Medicina d'urgenza comprende la gestione, in regime di degenza che non superi le 72 ore, di pazienti con problemi clinici diversi e di diversa complessità, anche traumatologici e tossicologici, il cui iter diagnostico-terapeutico non è esauribile nelle poche ore a disposizione della gestione del PS. Il livello di complessità assistenziale è medio-alta, possibilmente per far fronte a un singolo problema clinico. Il personale medico è dedicato. La collocazione di tale articolazione organizzativa è preferibilmente in un'area attigua ai locali del PS, garantendo così la continuità diagnostico-terapeutica in urgenza.

²⁵ *Atto di intesa tra Stato e regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992. Pubblicato sulla G.U. n. 114 del 17/05/1996 – Serie generale.*

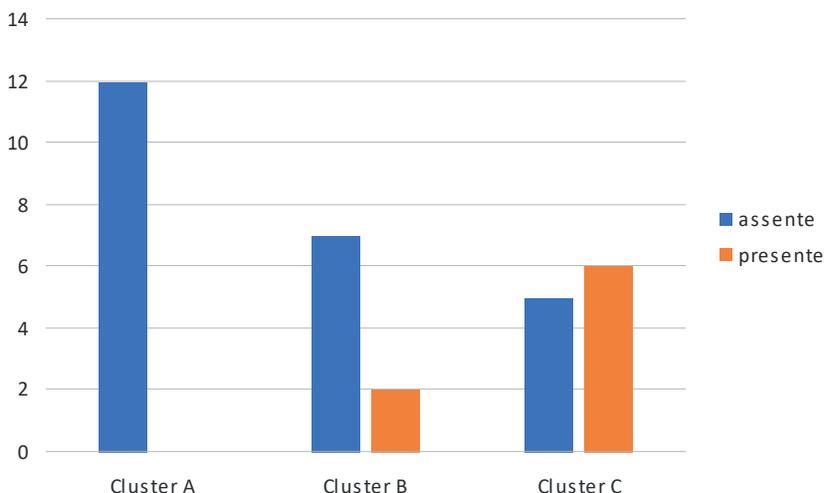
La survey rivela che solamente il 27,8% degli ospedali intervistati riferisce di aver dotato il proprio DEA di una degenza di Medicina d’urgenza (**Tab 2.16**).

Tabella 2.16
Distribuzione delle risposte al quesito

DEA comprende degenza Medicina d’urgenza	Distribuzione complessiva
sì	10 (27,8%)
no	26 (72,2%)

La distribuzione per cluster, inoltre, ci mostra come questo setting organizzativo compaia più frequentemente all’aumentare delle dimensioni dell’ospedale. Negli ospedali appartenenti al cluster A è totalmente assente, nel cluster B è presente nel 22,2% dei casi e nel cluster C tale percentuale aumenta fino al 54,5% (**Fig. 2.16**).

Figura 2.16
Presenza di degenza di Medicina d’urgenza



Presenza di una degenza sub-intensiva nel DEA

La presenza di una degenza sub-intensiva nel DEA rappresenta una modalità di risposta clinica e organizzativa a quei pazienti ad alto rischio evolutivo o clinicamente instabili, ma senza indicazioni al ricovero in terapia intensiva. Tali pazienti presentano di solito una singola insufficienza acuta d’organo minacciosa per la vita, eventualmente associata a disfunzioni meno gravi di altri sistemi, necessitano di monitoraggio non invasivo e richiedono il supporto strumentale o farmacologico di una o più funzioni.

La degenza in sub-intensiva si protrae per il tempo necessario alla stabilizzazione del paziente, in genere 2-6 giorni, con successivo trasferimento in unità a minore o maggiore intensità di cura. In casi a rapida evoluzione migliorativa è possibile anche la dimissione a domicilio. Questo modello organizzativo consente quindi di intercettare precocemente dal PS e intervenire elettivamente su pazienti critici con un'unica insufficienza d'organo in modo da evitare evoluzione in insufficienza multi-sistemica. Inoltre, il sistema permette di eliminare ricoveri e degenze inappropriate in terapia intensiva e di evitare che pazienti a rischio di deterioramento siano collocati in reparti con supporti assistenziali inadeguati.

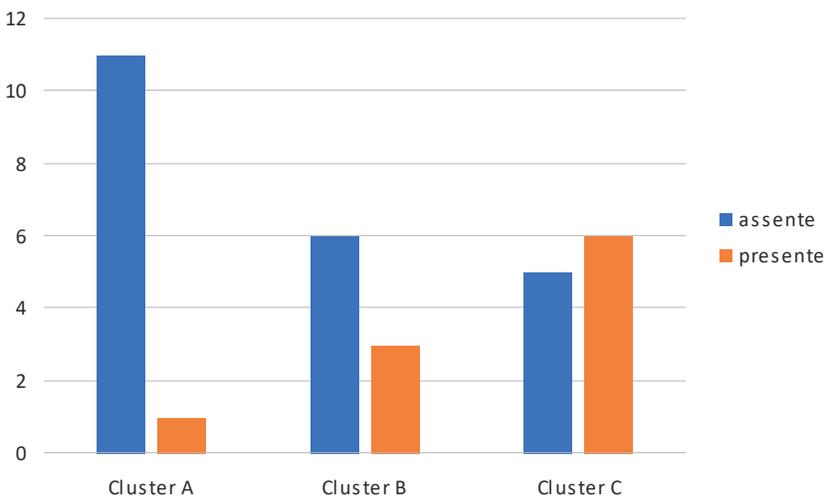
I risultati della survey mettono in evidenza come solamente il 33,3% dei DEA della Toscana adotti questo tipo di setting assistenziale (**Tab 2.17**).

Tabella 2.17
Distribuzione delle risposte al quesito

DEA comprende degenza sub-intensiva	Distribuzione complessiva
sì	12 (33,3%)
no	24 (66,7%)

Tuttavia, si nota un trend in incremento all'aumentare della grandezza dell'ospedale. Se nel cluster A la degenza sub-intensiva nel DEA è presente solo nell'8,3% dei casi, nel cluster B questa percentuale passa al 33,3% per arrivare al 54,5% nel cluster C (**Fig. 2.17**).

Figura 2.17
Presenza di degenza sub-intensiva nel DEA



Assegnazione, da parte del PS, di disciplina e livello di intensità per i pazienti destinati al ricovero

L'assegnazione da parte del PS di disciplina e livello di intensità per i pazienti destinati al ricovero è ormai una prassi attivata e implementata da quasi tutti gli ospedali pubblici della Toscana. La survey, infatti, ci mostra che il 91,7% dei presidi intervistati adotta questo modello organizzativo (**Tab. 2.18**).

Tabella 2.18
Distribuzione delle risposte al quesito

PS assegna disciplina e livello di intensità per ricovero	Distribuzione complessiva
sì	33 (91,7%)
no	3 (8,3%)

Presenza di un Pronto soccorso pediatrico

Con la deliberazione della Giunta regionale 19 luglio 2016, n. 707, viene definita la nascita delle reti pediatriche specialistiche, fra cui la Rete clinica emergenza e pronto soccorso. Tale organizzazione si rende necessaria per istituire un modello di gestione dell'emergenza pediatrica omogeneo e condiviso tra il territorio, con i pediatri di famiglia, il sistema di trasporto 118 e le varie tipologie di ospedale (di base, di primo e secondo livello), in cui siano presenti un Pronto soccorso generale (con DEA di primo o secondo livello) o un Pronto soccorso pediatrico specialistico, tale da garantire la presa in carico dei pazienti in età pediatrica appropriata in tutti i presidi ospedalieri della Toscana²⁶.

Il Pronto soccorso pediatrico deve essere collocato presso il DEA, dove deve essere indicata un'area dedicata ai pazienti pediatrici con triage autonomo e presa in carico diretta del personale pediatrico delle patologie mediche e chirurgiche a media e alta intensità di cura. In questi presidi ospedalieri devono essere presenti una struttura di Pediatria e una di Terapia intensiva, nella quale sia possibile dare una risposta idonea al paziente pediatrico. Personale medico e infermieristico pediatrico dedicato è presente 24 ore su 24²⁷.

²⁶ Deliberazione della Giunta regionale 19 luglio 2016, n. 707 (*Rete Pediatrica Regionale. Riorganizzazione ai sensi della L.r. 84/2015*).

²⁷ Rete pediatrica toscana, *Il modello organizzativo della Rete dell'Emergenza pediatrica toscana*.

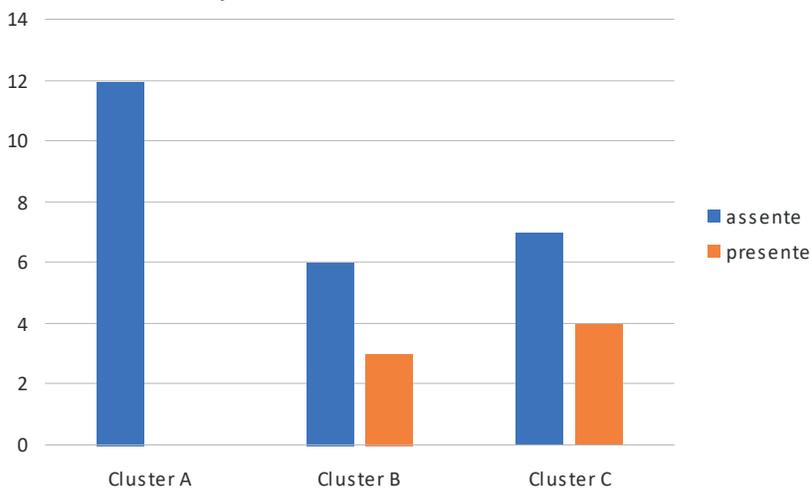
La survey ci mostra come il Pronto soccorso pediatrico sia attualmente adottato solamente dal 27,8% degli ospedali pubblici della Toscana (**Tab. 2.19**).

Tabella 2.19
Distribuzione delle risposte al quesito

Presenza Pronto soccorso pediatrico	Distribuzione complessiva
sì	10 (27,8%)
no	26 (72,2%)

I Pronto soccorso pediatrici sono allocati presso i DEA di I o II livello, a seconda del livello di complessità della casistica pediatrica che i servizi presenti nel presidio possono trattare e in base alle caratteristiche geografiche e demografiche dell'area di riferimento. Questa caratteristica è confermata anche dalla distribuzione per cluster. Infatti, si nota un trend positivo di comparsa del Pronto soccorso pediatrico all'aumentare del dimensionamento dell'ospedale. Nel cluster A il Pronto soccorso pediatrico è assente, compare nel 33,3% dei casi nel cluster B ed è presente nel 36,7% nel cluster C (**Fig. 2.18**).

Figura 2.18
Presenza di Pronto soccorso pediatrico



Infine è da sottolineare che il Pronto soccorso pediatrico è presente nelle AOU Senese e Pisana, mentre risulta assente nella AOU di Careggi a causa della vicinanza dell'AOU Meyer.

Presenza di percorsi fast track nel PS

I casi a minore priorità rappresentano in Toscana circa un quarto degli accessi complessivi al PS e sono gestiti con un approccio monospecialistico, un basso impegno della diagnostica per immagini, strumentale e di laboratorio, risultando pertanto di rapida e agevole gestione ed esitando quasi sempre nella dimissione a domicilio. Al momento del triage il modello organizzativo prevede l'individuazione della componente specialistica prevalente per orientare l'invio del paziente allo specifico percorso. Questi percorsi specialistici (pediatrico, ginecologico, ortopedico) e le eventuali dotazioni diagnostiche costituiscono la *Fast Track Area*.

Il percorso di fast track è attivato dall'infermiere di triage secondo criteri predefiniti e protocolli attivi nel presidio, condivisi con le strutture organizzative specialistiche competenti (ad esempio oculistica, otorinolaringoiatrica, ortopedica ecc.). La responsabilità clinica è in capo al medico specialista erogante. È possibile la re-immissione del paziente nel percorso di PS in caso di invio inappropriato. Lo specialista, completato il percorso clinico-assistenziale, provvede alla dimissione del paziente.

I percorsi di fast track sono generalmente fruibili in orari definiti in base alle caratteristiche del PS e dell'ospedale in cui è collocato, al di fuori dei quali il paziente viene gestito dal medico di emergenza-urgenza con le modalità ordinarie. Gli specialisti e il personale coinvolti nei percorsi fast track devono ricevere adeguata formazione su tali percorsi e sui relativi strumenti gestionali in uso²⁸.

La survey mostra che il fast track all'interno del PS è presente nel 66,7% degli ospedali rispondenti. Da sottolineare come questo setting sia adottato dalle AOU Senese, Careggi e Pisana, mentre sia assente nella AOU Meyer (**Tab. 2.20**).

Tabella 2.20
Distribuzione delle risposte al quesito

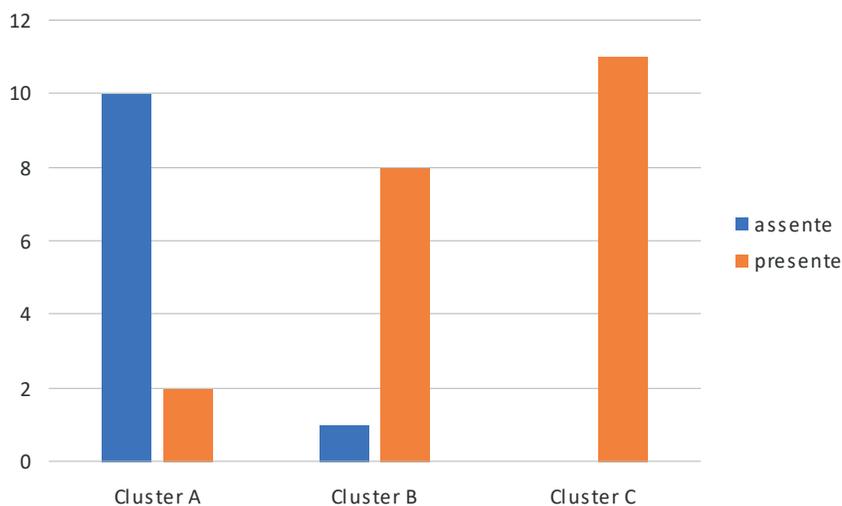
Presenza di percorsi fast track	Distribuzione complessiva
sì	24 (66,7%)
no	12 (33,3%)

La suddivisione per cluster mostra una distribuzione della presenza del fast track in base al dimensionamento dell'ospedale. Solamente 2 ospedali (9,5%), appartenenti

²⁸ Deliberazione della Giunta regionale 24 luglio 2017, n. 806 (*Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto soccorso. Linee di indirizzo*).

al cluster A, dispongono del fast track all'interno del proprio PS; nel cluster B la percentuale è dell'88,9%, mentre nel cluster C il fast track è presente in tutti gli ospedali (**Fig. 2.19**).

Figura 2.19
Presenza di percorsi fast track



2.6 ORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI DI CURA

Il programma di rinnovamento dell'organizzazione degli ospedali ha posto l'accento sulla definizione dei processi di cura, con i seguenti obiettivi:

1. stabilire una visione unitaria di ciascun percorso clinico, estesa alle fasi di cura precedenti e consecutive rispetto all'episodio di ricovero;
2. evitare le possibili interferenze tra percorsi di cura che potrebbero convergere sulle medesime risorse;
3. minimizzare le interruzioni dei flussi di cura che possono causare prolungamento inappropriato dei tempi di ricovero.

Anche se alcuni degli elementi indagati sono ben rappresentati anche negli ospedali di piccole dimensioni, nel complesso si rileva una maggiore frequenza di queste caratteristiche organizzative negli ospedali di maggiori dimensioni.

Tabella 2.21

Percentuale di risposte compatibili con l'implementazione del modello

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	p value	Generale
Nei ricoveri chirurgici, i percorsi emergenza-urgenza e chirurgia programmata utilizzano sale operatorie e aree di degenza dedicate	12,5%	44,4%	72,7%	0,034	47,1%
Attuazione di procedure di programmazione chirurgica cui partecipa la direzione dell'ospedale	100,0%	100,0%	100,0%		100,0%
Servizio centralizzato di pre-ospedalizzazione per chirurgia programmata	88,9%	100,0%	100,0%	0,316	97,4%
Procedure di bed management cui partecipa la direzione dell'ospedale	8,3%	88,9%	90,9%	< 0,001	58,1%
Procedure gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management	25,0%	55,6%	81,8%	0,024	48,8%
Valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente	75,0%	100,0%	100,0%	0,063	88,4%
Valutazione prospettica della durata del ricovero	41,7%	66,7%	81,8%	0,133	65,1%
Procedura ACOT	91,7%	100,0%	100,0%	0,423	86,0%

Risposte positive: ■ <20% ■ =20%-40% ■ >40%-60% ■ >60%-80% ■ >80%

Chirurgia di emergenza-urgenza e chirurgia programmata, centralizzazione del servizio di preospedalizzazione

Tra gli ospedali rispondenti alla survey, solamente 4 presidi (10,5%) non hanno percorsi chirurgici attivi per l'emergenza-urgenza. Dei restanti, il 52,9% utilizza le stesse aree di degenza e le stesse sale operatorie per i percorsi emergenza-urgenza e per

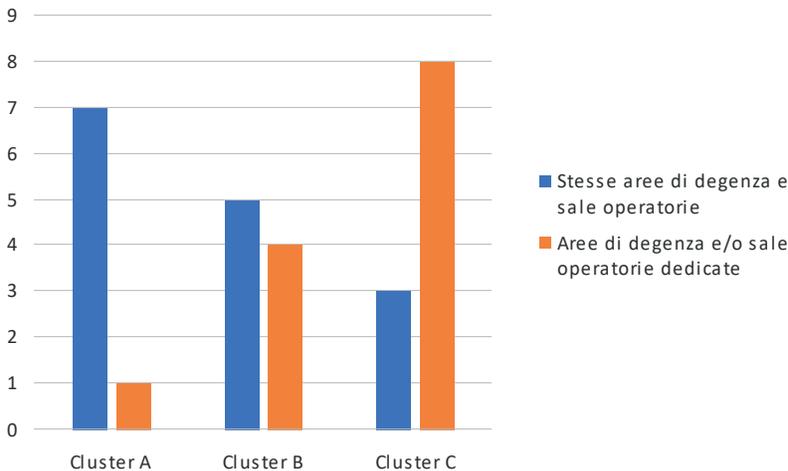
quelli della chirurgia programmata. Il 32,4% utilizza aree di degenza e sale operatorie dedicate, mentre il 14,7% utilizza le stesse aree di degenza per i percorsi di emergenza-urgenza e per quelli di chirurgia programmata, ma è dotato di sale operatorie dedicate (Tab. 2.22).

Tabella 2.22
Distribuzione delle risposte al quesito

Nei ricoveri chirurgici, i percorsi emergenza-urgenza e chirurgia programmata utilizzano:	Distribuzione complessiva
aree di degenza e sale operatorie in comune	18 (52,9%)
aree di degenza e sale operatorie dedicate	11 (32,4%)
aree di degenza in comune e sale operatorie dedicate	5 (14,7%)

La distribuzione per cluster mostra come aree di degenza e/o sale operatorie dedicate al percorso emergenza-urgenza e alla chirurgia programmata siano più frequenti negli ospedali più grandi rispetto ai piccoli. Nel cluster A solamente il 12,5% dispone di aree di degenza e sale operatorie dedicate; questa percentuale sale al 44,4% nel cluster B e raggiunge il 72,7% nel cluster C (Fig. 2.20)

Figura 2.20
Presenza di aree di degenza e di sale operatorie separate tra chirurgia di urgenza e programmata



I risultati della survey mostrano inoltre che il 100% degli ospedali pubblici della Toscana ha attivato nel proprio presidio procedure di programmazione chirurgica cui partecipa la direzione dell'ospedale. Inoltre, il 97,4% dei rispondenti dispone di un servizio centralizzato di preospedalizzazione per la chirurgia programmata.

Attuazione di procedure di bed management cui partecipa la direzione dell'ospedale

La continua pressione del Pronto soccorso, parallelamente alla progressiva riduzione di posti letto per acuti, ha reso necessario un coordinamento centrale e continuativo della risorsa posto letto in ambito ospedaliero, portando anche in Italia all'istituzione e alla diffusione di una figura professionale specializzata nella gestione dei posti letto ospedalieri, chiamata "ottimizzatore" o "facilitatore" o più frequentemente, con termine anglosassone, *Bed Manager* [18].

A oggi non esiste un percorso formativo specifico per la figura del bed manager, per cui tale funzione è espletata da personale della Direzione sanitaria o, più frequentemente, da coordinatori infermieristici con anni di esperienza gestionale e con riconosciuta esperienza professionale e clinico-organizzativa.

Di conseguenza il bed management è una funzione che nasce con lo scopo di assicurare il corretto setting di cura e assistenza, centralizzare il controllo della risorsa posti letto e sviluppare strategie per migliorare e aumentare la capacità aziendale. Il bed manager è la figura dedicata che si occupa, quindi, dello sviluppo, del ruolo operativo e del controllo sull'efficacia della gestione della risorsa posti letto. Il bed manager dovrebbe, pertanto, possedere conoscenze professionali cliniche, capacità informatiche, relazionali e di mediazione, conoscere a fondo la realtà operativa e avere esperienza di funzioni di management.

Il bed management aiuta a migliorare i rapporti tra i reparti di degenza ospedalieri e il PS, velocizzando il percorso del paziente nel setting più appropriato, evitando i ricoveri inappropriati e i trasferimenti.

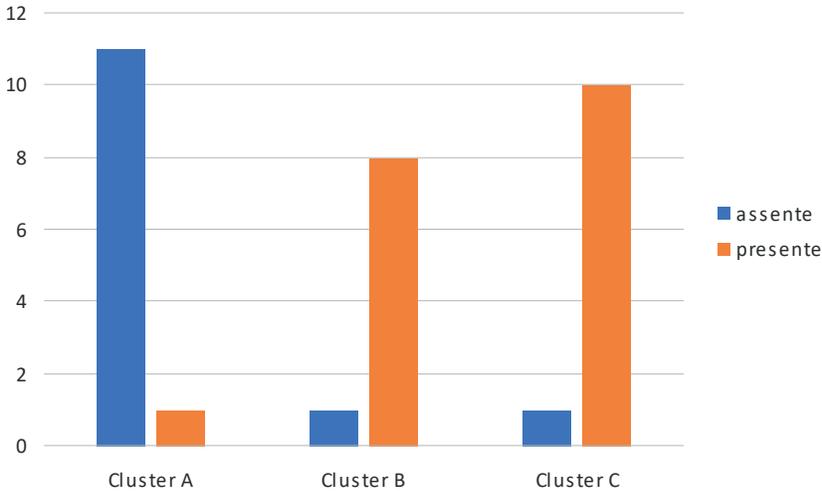
La survey indica come il 41,9% degli ospedali intervistati non adotti alcuna procedura di bed management, mentre il 9,3% le abbia attivate parzialmente o completamente solo in alcune aree. Il 20,9% dispone di procedure di bed management non ancora attivate completamente, ma ne ha prevista l'implementazione in tutto il presidio. Infine, il 27,9% dei casi attua le procedure di bed management già in tutto l'ospedale (**Tab. 2.23**).

Tabella 2.23
Distribuzione delle risposte al quesito

Procedure di bed management cui partecipa la direzione dell'ospedale	Distribuzione complessiva
no	18 (41,9%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	3 (7,0%)
attivata solo in alcune aree	1 (2,3%)
non attivata completamente, ma prevista ovunque	9 (20,9%)
implementata in tutto l'ospedale	12 (27,9%)

La distribuzione per cluster indica come l'adozione delle procedure di bed management sia un modello organizzativo maggiormente utilizzato dai grandi ospedali. Infatti, nel cluster A questa procedura è presente solo nell'8,3% dei casi; al contrario nel cluster B e nel cluster C tali procedure sono presenti rispettivamente nell'88,9% e nel 90,9% degli ospedali (**Fig. 2.21**).

Figura 2.21
Presenza di procedure di bed management cui partecipa la Direzione sanitaria



Attuazione di procedure di gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management

Il visual management è una tecnica lean applicata alla gestione delle risorse posto letto e dei percorsi clinici assistenziali alla dimissione del paziente. Nello specifico è stata denominata *Visual Hospital*, ed è attuata sia con supporto cartaceo che con procedura informatizzata.

Il visual hospital fornisce la visione dei flussi interni all'ospedale e rileva i punti dove si verificano congestionamenti e blocchi di tali flussi. Tramite esso si mettono in atto tutte le azioni di decongestionamento necessarie al ripristino dei percorsi laddove si bloccano. In particolare, il team orienta i professionisti sulle linee da seguire rispetto all'offerta territoriale in modo da garantire la continuità assistenziale e contatta la centrale di coordinamento per l'inserimento dei pazienti nelle case di cura per l'assegnazione di posti letto per pazienti acuti in strutture sanitarie accreditate.

Nel modello di ospedale per intensità di cura, il team visual hospital è anche garante dell’appropriatezza del setting assistenziale del paziente, anche per patologia (“*il paziente giusto nel letto giusto*”).

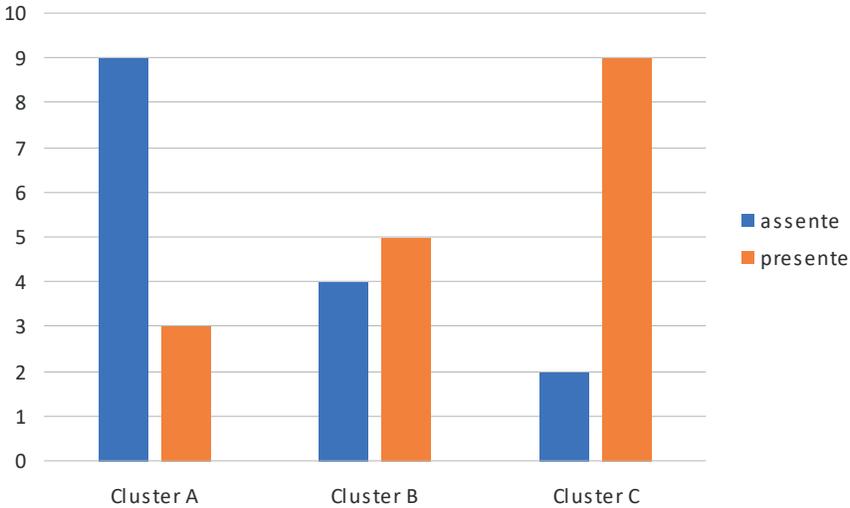
In sintesi, l’obiettivo finale del visual management è quello di rendere l’ospedale più ricettivo possibile, attraverso il controllo della programmazione delle dimissioni, di collocare tutti i pazienti nel giusto setting e di ridurre le attese di posti letto per i pazienti in DEA. I vantaggi di tali procedure si rispecchiano in una riduzione della degenza media e dei tempi di attesa in PS e nel conseguente rispetto della programmazione in elezione.

Praticamente la metà degli ospedali pubblici della Toscana (51,2%) risponde di non aver ancora adottato alcuna procedura di gestione dei ricoveri basata su tecniche di visual management. Il 7% dei presidi afferma di aver attivato parzialmente o completamente tali procedure solo in alcune aree del proprio ospedale, mentre il 14% riporta di non aver ancora attivato completamente le tecniche di visual management ma di averle preventivate per tutte le aree. Infine, il 27,9% risponde di aver già attivato completamente in tutto l’ospedale le procedure di gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management (**Tab. 2.24**).

Tabella 2.24
Distribuzione delle risposte al quesito

Procedure gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management	Distribuzione complessiva
no	22 (51,2%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	2 (4,7%)
attivata solo in alcune aree	1 (2,3%)
non attivata completamente ma prevista ovunque	6 (14,0%)
implementata in tutto l’ospedale	12 (27,9%)

La distribuzione per cluster indica come queste tecniche di visual management siano più frequentemente implementate nei grandi ospedali. Infatti, nel cluster A tali procedure sono presenti solamente nel 25% dei presidi, nel cluster B riguardano praticamente 1 ospedale ogni 2 (55,5%) e nel cluster C sono attivate nell’81,8% dei casi (**Fig. 2.22**).

Figura 2.22**Presenza di procedure di gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management**

Valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente e valutazione prospettica della durata del ricovero (all'inizio della degenza o in fase di preospedalizzazione)

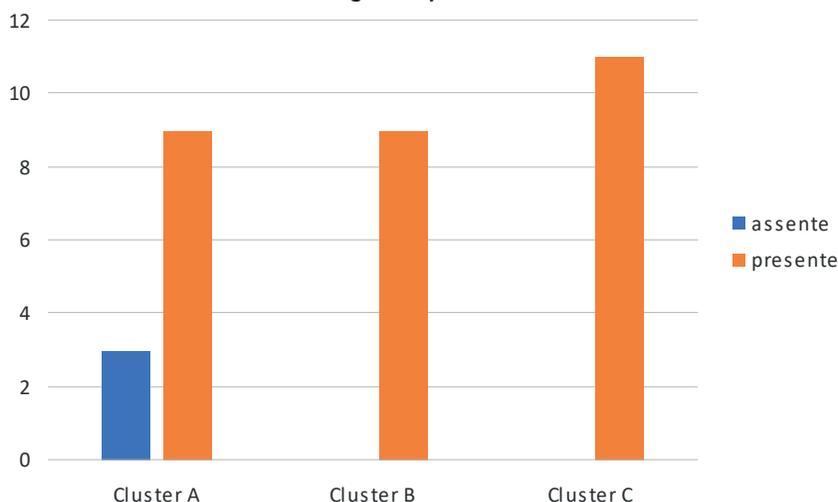
La survey indica come la maggioranza degli ospedali pubblici della Toscana intervistati (79,1%) abbia attivato in tutto il presidio, all'inizio della degenza o in fase di preospedalizzazione, una valutazione multidimensionale del paziente. Il 7% risponde di non averla ancora attivata completamente, ma di averne prevista l'implementazione in tutto l'ospedale. Solamente il 2,3% dispone di una procedura di valutazione multidimensionale parzialmente attivata solo in alcune aree, mentre l'11,6% non effettua tale valutazione all'interno del proprio ospedale (Tab. 2.25).

Tabella 2.25**Distribuzione delle risposte al quesito**

Valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente	Distribuzione complessiva
no	5 (11,6%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	1 (2,3%)
non attivata completamente ma prevista ovunque	3 (7,0%)
implementata in tutto l'ospedale	34 (79,1%)

La suddivisione per cluster mostra un trend positivo per quanto riguarda l'attivazione di procedure di valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente rispetto al dimensionamento del presidio. Se nel cluster A il 75% degli ospedali effettua tale valutazione, nei cluster B e C tale percentuale raggiunge il 100% (Fig. 2.23).

Figura 2.23
Valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente



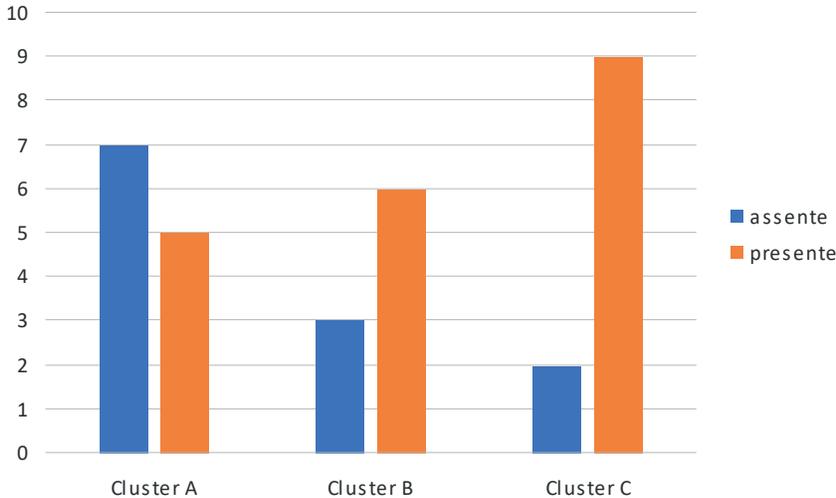
Peggiori invece sono i risultati per quanto riguarda l'adozione di una valutazione prospettica della durata del ricovero, effettuata all'inizio della degenza o in fase di preospedalizzazione. Infatti, solamente il 27,9% degli ospedali dichiara di avere procedure di valutazione prospettica della durata del ricovero attive in tutto l'ospedale, mentre il 20,9% risponde di non averle ancora attivate completamente, ma di averne prevista l'implementazione in tutto l'ospedale. Il 16,3% dei presidi dispone di procedure di valutazione prospettica della durata del ricovero attivate parzialmente o completamente solo in alcune aree dell'ospedale e nel 34,9% dei casi tale setting non è per niente presente (Tab. 2.26).

Tabella 2.26
Distribuzione delle risposte al quesito

Valutazione prospettica della durata del ricovero	Distribuzione complessiva
no	15 (34,9%)
parzialmente attivata solo in alcune aree	6 (14,0%)
attivata solo in alcune aree	1 (2,3%)
non attivata completamente ma prevista ovunque	9 (20,9%)
implementata in tutto l'ospedale	12 (27,9%)

La distribuzione per cluster non mostra una correlazione tra la presenza di procedure di valutazione prospettica della durata del ricovero attivate e dimensionamento dell'ospedale. Tuttavia, nel cluster A il 41,7% dei casi effettua valutazioni prospettiche della durata del ricovero; tale percentuale sale al 66,7% nel cluster B e raggiunge l'81,8% nel cluster C (Fig. 2.24).

Figura 2.24
Valutazione prospettica della durata del ricovero



Presenza di una procedura per riferire i pazienti all'Agenzia di continuità ospedale-territorio (ACOT) al fine di garantire la continuità terapeutica e assistenziale ai pazienti in dimissione con limitata autonomia e per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio

L'Allegato A della del. giunta reg. 679/2016 definisce l'Agenzia di continuità come strumento operativo di governo dell'interfaccia ospedale-territorio e della continuità assistenziale del paziente nel percorso di dimissione attraverso una programmazione della stessa.

Fa capo funzionalmente alla Zona-distretto e agisce nell'ambito dei presidi ospedalieri zionali di riferimento operando con una logica di sistema che, attivandosi già all'ingresso in ospedale, vede le direzioni di presidio e i reparti di degenza operare per la pianificazione delle dimissioni. Promuove e utilizza strumenti di passaggio di consegna standardizzati nella fase di dimissione, che permettano una comunicazione volta a garantire la sicurezza del paziente e la completezza delle informazioni necessarie alla gestione del percorso. Inoltre presidia e valuta l'appropriatezza della segnalazione,

definisce il percorso di continuità assistenziale attivando, in presenza di un bisogno sociosanitario complesso, l'Unità di valutazione multidimensionale (UVM) zonale competente in una logica di continuità con il percorso valutativo progettuale proprio della persona in condizione di non autosufficienza permanente.

Coordina il processo di dimissione attivando le azioni necessarie alla presa in carico del paziente in relazione ai suoi bisogni e alla potenzialità della risposta della rete territoriale. Si raccorda con le zone-distretto di provenienza per i pazienti non residenti e ricoverati negli ospedali zionali di competenza dell'Agenzia. Coordina l'interdisciplinarietà degli interventi, mantenendo un rapporto organico e funzionale tra i servizi territoriali, i professionisti della struttura ospedaliera, l'MMG. Coinvolge il paziente e la famiglia nel percorso, assicurando una comunicazione chiara, comprensibile, tempestiva ed efficace. Infine, svolge un ruolo di responsabilità e monitoraggio nel governo delle risorse disponibili sia sul piano dell'appropriatezza gestionale ed organizzativa che sul piano della sicurezza clinica nella transizione fra i presidi ospedalieri e territoriali.

L'equipe dell'Agenzia è multiprofessionale ed è costituita da: medico di comunità, infermiere, assistente sociale, fisioterapista. Si avvale, inoltre, della consulenza strutturata di specialista fisiatra o geriatra.

L'ACOT è coordinata/diretta da un responsabile, nominato dal direttore della Zona-distretto, che ha la responsabilità nell'attivazione delle risorse, nella valutazione e monitoraggio dei risultati e nell'attivazione delle azioni di miglioramento del sistema²⁹.

La survey indica come la stragrande maggioranza (86%) degli ospedali pubblici della Toscana abbia attivato, o ne preveda l'implementazione a breve, una procedura per riferire i propri pazienti all'ACOT (**Tab. 2.27**).

Tabella 2.27
Distribuzione delle risposte al quesito

	Procedura ACOT attivata	Distribuzione complessiva
	no	6 (14,0%)
non attivata completamente ma prevista ovunque		1 (2,3%)
implementata in tutto l'ospedale		36 (83,7%)

Il 14% degli ospedali che ancora non hanno attivato la procedura ACOT è rappresentato da tutti ospedali di "piccole dimensioni".

²⁹ Deliberazione della Giunta regionale 12 luglio 2016, n. 679 (*Agenzia di Continuità Ospedale-Territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone/Distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio*).

2.7 ANALISI SWOT

Figura 2.25
Sintesi delle risposte più frequenti all'analisi SWOT

<p>STRENGTHS – Elementi di forza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione ospedale-territorio • Flessibilità organizzativa • Forte senso di appartenenza da parte del personale sanitario • Lavoro multidisciplinare • Utilizzo funzionale del posto letto 	<p>WEAKNESSES – Elementi di debolezza</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempi lunghi in PS • Resistenza al cambiamento del personale • Problemi comunicativi • Elementi strutturali
<p>OPPORTUNITIES – Opportunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • Integrazione e sviluppo competenze da parte del personale • Fiducia da parte del paziente • Sviluppo di percorsi post-acuzie • Ruolo di benchmark 	<p>THREATS – Rischi</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mancanza di confronto e scarsa crescita per chi non è nella rete • Patologie tempo-dipendenti • Accessi inappropriati e blocchi in uscita • Tenuta economica e pressioni politiche

I colleghi che hanno partecipato alla survey hanno individuato, tra i maggiori punti di forza positivi presenti nei modelli organizzativi attuati, gli aspetti di efficienza e lo sviluppo di competenze multidisciplinari, sottolineandone l'importanza come elementi favorevoli la continuità di cura tra le fasi ospedaliere e quelle territoriali.

Risultano tuttavia aspetti clinici non risolti, come ad esempio le difficoltà dei flussi di lavoro nei Pronto soccorso. In alcuni casi è necessario che vengano sviluppate nuove competenze relative alla comunicazione tra operatori. Inoltre, è percepita come possibile minaccia l'impoverimento delle competenze presenti negli ospedali a cui non è riconosciuto un ruolo definito nell'ambito delle reti cliniche.



CAPITOLO 3

INDICATORI

3. INDICATORI

Questa parte del *Documento ARS* si pone l'obiettivo di valutare se le differenze descritte nella survey si riflettano in differenze significative negli esiti di salute. Il gruppo di lavoro si è posto il quesito se la variabilità riscontrata tra grandi e piccoli ospedali, per quanto riguarda l'implementazione dei modelli organizzativi per intensità di cura, si rispecchia in una differenza delle misure di qualità, oppure se siano correlate solo a motivazioni strutturali, territoriali e di dimensioni del bacino di utenza.

In questa seconda ipotesi, le differenze riscontrate sarebbero ritenute accettabili, poiché se risultassero garantiti analoghi livelli di outcome, potrebbe essere addirittura controproducente un investimento in implementazione di nuovi modelli organizzativi in realtà dove ciò risulterebbe superfluo (**Tab. 3.1**).

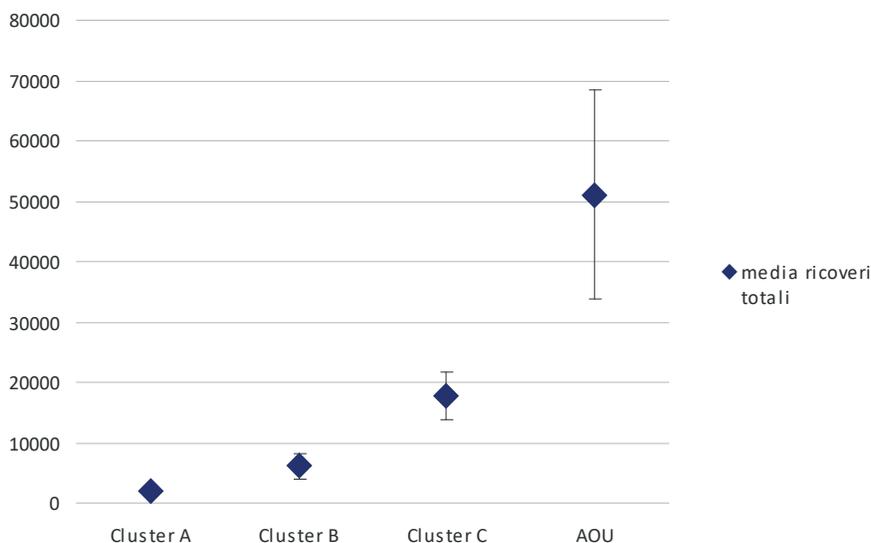
Tabella 3.1
Indici generali di output e indicatori di nuovo ricorso ai servizi

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	AOU C, S e P	p value	Regione Toscana
Ricoveri totali Media \pm ds	23.232 (1936.00 \pm 832,39)	54.568 (6063 \pm 2.054,75)	196.038 (17821.64 \pm 3.968,64)	153.024 (51008.00 \pm 17.306,87)	< 0,001	54.2104
Case mix (media \pm ds)	0,86 (\pm 0,01)	0,88 (\pm 0,07)	0,92 (\pm 0,06)	1,15 (\pm 0,04)	0,017	1,00
Giorni degenza totale (media \pm ds)	7,18 (\pm 1,61)	6,57 (\pm 0,42)	6,81 (\pm 0,38)	6,68 (\pm 0,53)	0,845	7,01
Giorni degenza chirurgia (media \pm ds)	4,61 (\pm 5,52)	3,96 (\pm 0,62)	4,71 (\pm 0,53)	5,14 (\pm 0,52)	0,004	4,36
Giorni degenza medicina (media \pm ds)	7,92 (\pm 1,74)	7,25 (\pm 0,77)	7,32 (\pm 0,59)	6,45 (\pm 0,55)	0,294	7,30
Indice Comparativo di Performance (media \pm ds)	0,58 (\pm 0,14)	0,82 (\pm 0,12)	1,01 (\pm 0,05)	1,03 (\pm 0,08)		1,00
Tasso di occupazione (media \pm ds)	64,52 (\pm 12,87)	79,09 (\pm 7,30)	81,73 (\pm 3,83)	80,42 (\pm 3,60)	0,001	79,77
Indice di rotazione 2016 (media \pm ds)	34,02 (\pm 5,56)	41,03 (\pm 5,67)	43,32 (\pm 3,27)	40,31 (\pm 5,94)	0,002	37,73
Accessi ripetuti in PS entro 72 ore (media \pm ds)	6,36 (\pm 1,40)	6,30 (\pm 1,51)	4,96 (\pm 0,71)	5,00 (\pm 0,62)	0,033	5,39
% ricoveri ripetuti entro 30 giorni (media \pm ds)	5,88 (\pm 1,15)	4,89 (\pm 0,56)	5,25 (\pm 0,42)	5,53 (\pm 0,58)	0,080	5,25
Riammissioni a 30 giorni 2016 (media \pm ds)	9,87 (\pm 1,83)	9,02 (\pm 0,94)	9,57 (\pm 1,13)	9,1 (\pm 0,56)	0,563	9,32
Dimissioni volontarie (media \pm ds)	0,80 (\pm 0,39)	0,94 (\pm 0,21)	0,80 (\pm 0,21)	0,58 (\pm 0,13)	0,176	0,68

3.1 INDICI GENERALI DI OUTPUT

Dato che la clusterizzazione degli ospedali è stata costruita sulla base del dimensionamento degli stessi (numero di posti letto e accessi annuali al Pronto soccorso), non desta alcuna sorpresa che il totale dei ricoveri segua la stessa distribuzione. I piccoli ospedali hanno gestito nel 2017 un totale di circa 23.000 ricoveri (con una media di 1.936 ricoveri per ospedale); il numero raddoppia nel cluster B (circa 54.000 ricoveri, 6.063 di media). I grandi ospedali pubblici della Toscana hanno effettuato nel 2017 un totale di quasi 200.000 ricoveri (17.821 ricoveri medi per ospedale), mentre le tre AOU ne hanno effettuati circa 150.000, con una media per presidio di 51.088 ricoveri (Fig. 3.1).

Figura 3.1
Ricoveri totali annui



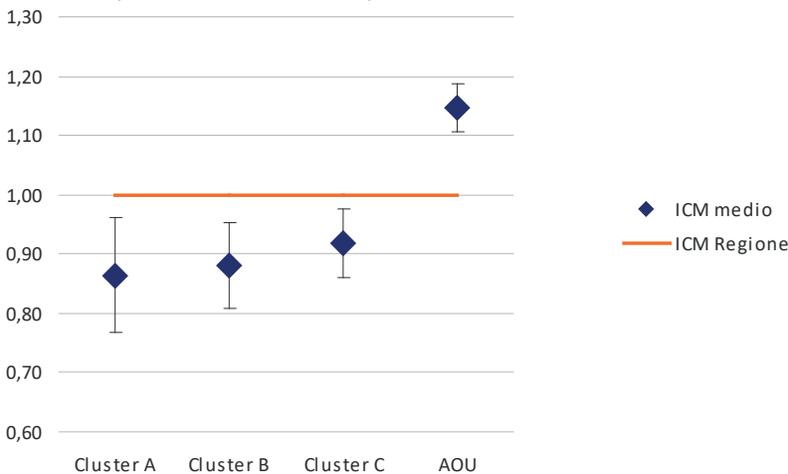
Indice di case-mix

L'Indice di *case-mix* (ICM) è un indicatore della complessità della casistica trattata da un singolo erogatore, standardizzata per il peso medio dei DRG dell'ambito di riferimento (nel nostro caso la Regione Toscana). L'ICM è dato dal rapporto tra il peso DRG medio atteso nell'ospedale di dimissione e il peso DRG medio nello standard (peso DRG medio regionale). È dunque sia un indice della produttività di un ospedale, sia del suo livello di specializzazione; esprime la complessità dei casi trattati dall'ospedale in rapporto alla complessità media regionale. Valori superiori all'unità

indicano una complessità della casistica superiore rispetto a quella regionale, valori inferiori all'unità una casistica meno complessa.

Gli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare nel 2017 un ICM medio pari a 0,86; tale indice aumenta se si considerano gli ospedali di media grandezza (0,88) e arriva a 0,92 per gli ospedali più grandi; i tre valori sono inferiori all'unità e indicano un'attività per questa tipologia di ospedali meno complessa rispetto alla media regionale. Le AOU regionali hanno invece fatto registrare nel 2017 un ICM medio pari a 1,15, che indica una complessità di casistica superiore alla media regionale (**Fig. 3.2**).

Figura 3.2
Indice di case mix (Regione Toscana: ICM=1)

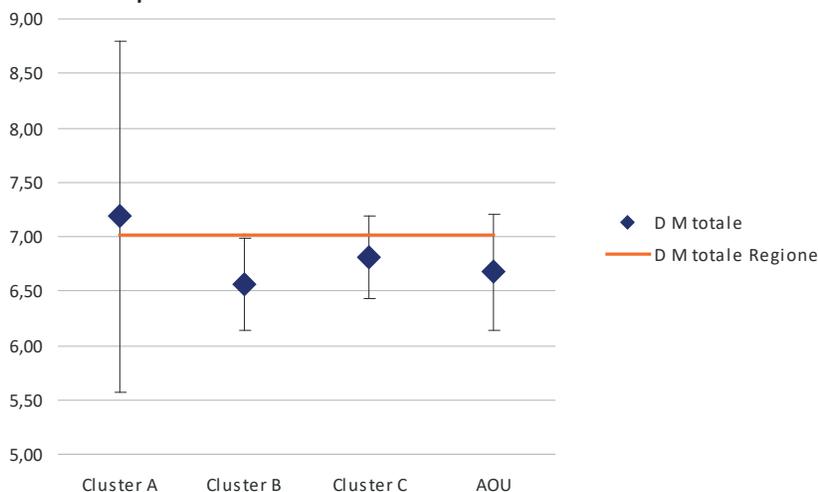


Degenza media

La degenza media, per i ricoveri a ciclo continuo di cure, corrisponde al rapporto tra le giornate di degenza complessivamente erogate e il numero di ricoveri effettuati nel medesimo periodo: identifica così la durata media dei ricoveri.

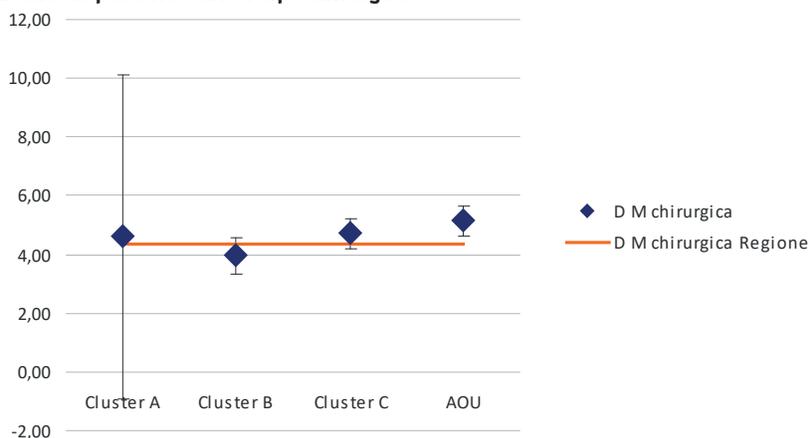
Gli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare nel 2017 una degenza media complessiva di 7,18 di giorni, il cluster B di 6,57 e il cluster C di 6,81. La degenza media nelle AOU è stata di 6,68 giorni, con una degenza media regionale totale di 7,01 giorni. La distribuzione per cluster è risultata quindi omogenea. Ciò indica che, in considerazione della maggior complessità dei casi trattati negli ospedali più grandi, questi riescono a completare il ricovero con la medesima tempistica grazie a una migliore organizzazione dei processi: il dato può essere messo in relazione con la maggiore estensione degli elementi organizzativi considerati nella survey (**Fig. 3.3**).

Figura 3.3
Degenza media complessiva



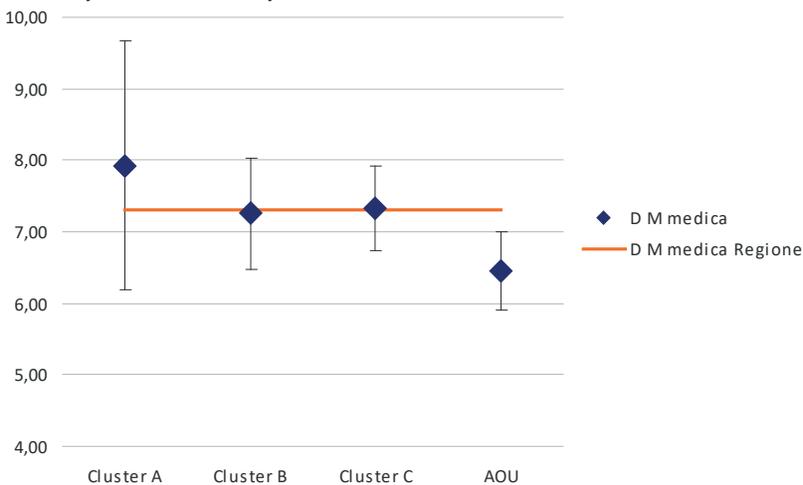
La distribuzione per cluster indica invece delle differenze per quanto riguarda la durata della degenza media per i ricoveri chirurgici. I piccoli ospedali hanno fatto registrare nel 2017 una degenza media chirurgica pari a 4,61 giorni, che diminuisce negli ospedali di media grandezza a 3,96 giorni, e torna ad aumentare a 4,71 giorni nei grandi ospedali e raggiunge i 5,14 giorni nelle AOU, ad indicare la maggiore complessità di casi che questi ospedali accolgono soprattutto dal punto di vista chirurgico. La degenza media complessiva regionale per i ricoveri chirurgici è stata pari a 4,36 giorni (Fig 3.4).

Figura 3.4
Degenza media per i ricoveri di tipo chirurgico



Il cluster A ha fatto registrare nel 2017 una degenza media per ricoveri medici pari a 7,92 giorni; tale valore diminuisce, anche se non in maniera statisticamente significativa, negli altri cluster: il cluster B ha una degenza media di 7,25 giorni, il cluster C 7,32 di giorni e le AOU di 6,45 giorni. La degenza media per ricoveri medici della Regione Toscana nel 2017 è stata pari a 7,30 giorni. Il trend in diminuzione registrato passando dagli ospedali più piccoli a quelli di maggiori dimensioni può essere messo in relazione alla maggiore implementazione dei modelli organizzativi descritti nella survey (**Fig. 3.5**).

Figura 3.5
Degenza media per i ricoveri di tipo medico



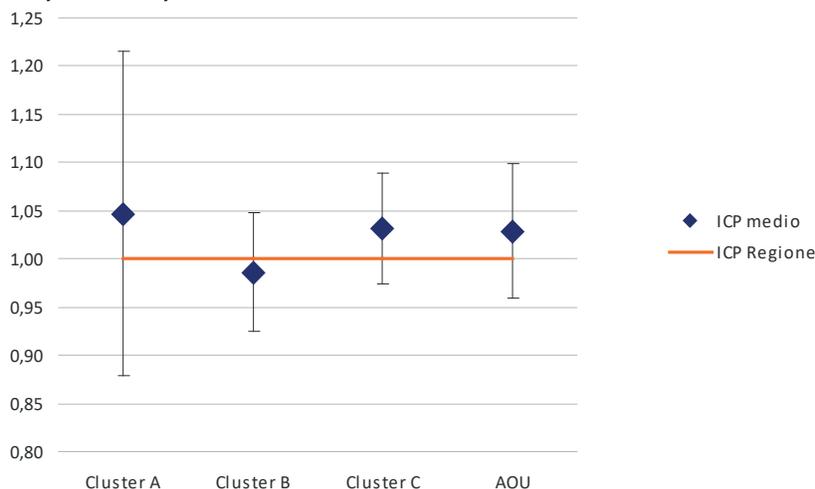
Indice comparativo di performance

L'Indice comparativo di performance (ICP) permette di valutare l'efficienza operativa delle strutture di ricovero in termini di degenza media, standardizzata per il case-mix, rispetto a valori di riferimento specifici per DRG. In altre parole l'ICP è dato dal rapporto fra la degenza media standardizzata per case-mix di un dato ospedale e lo stesso parametro dello standard di riferimento (nel nostro caso la Regione Toscana). Valori inferiori all'unità indicano maggiore efficienza rispetto allo standard di riferimento, valori superiori all'unità un'efficienza minore.

I piccoli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare nel 2018 un ICP medio pari a 1,05; tale dato tende a migliorare nel cluster B raggiungendo lo 0,99 e nel cluster C dove si stabilizza a 1,03. Anche le AOU regionali hanno fatto registrare un ICP medio pari a 1,03. Il miglioramento dell'ICP è un indice del fatto che la miglior

organizzazione per intensità di cura che si ritrova negli ospedali più grandi porta a una maggiore efficienza (**Fig. 3.6**).

Figura 3.6
Indice comparativo di performance ICP



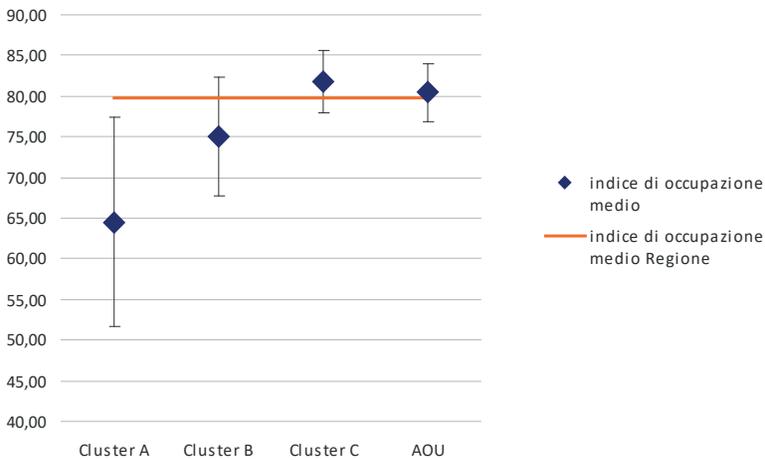
Indice di occupazione e indice di rotazione

L'indice di occupazione dei posti letto indica il rapporto percentuale tra le giornate di degenza effettivamente utilizzate dai pazienti e le giornate di degenza teoricamente disponibili (queste ultime ottenute moltiplicando il numero di posti letto per i giorni dell'anno in esame). In altre parole tale indice stima il livello di occupazione annuo dei posti letto di una determinata struttura, rappresentando la frazione percentuale delle risorse disponibili impiegate nel corso del periodo in esame.

Nel 2017 i piccoli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare un indice di occupazione medio pari al 64,5%. Tale valore cresce enormemente nei cluster successivi: il cluster B ha fatto registrare un indice di occupazione medio pari al 75,1%, il cluster C dell'81,7% e le AOU regionali dell'80,4%. Nel 2017 l'indice di occupazione medio della Regione Toscana è stato del 79,8% (**Fig. 3.7**).

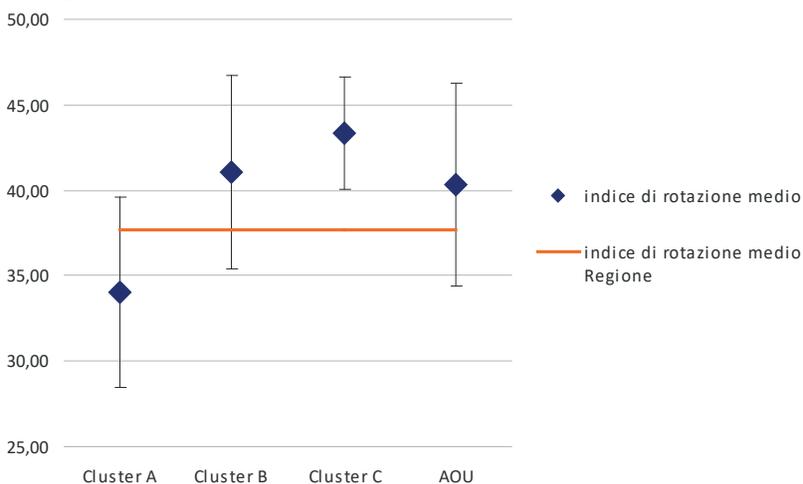
L'Indice di rotazione dei posti letto è dato dal rapporto tra il numero complessivo dei ricoveri e i posti letto disponibili. In altre parole indica il numero di ricoveri realizzatesi mediamente, in un anno, per ciascun letto della struttura.

Figura 3.7
Indice di occupazione



I dati per questo indice sono riferiti all'anno 2016. In tale periodo i piccoli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare un indice di rotazione medio di 34,0 (ovvero in media 34 ricoveri annui per posto letto disponibile). Nello stesso anno il cluster B ha fatto registrare un indice di rotazione medio pari a 41,0 e il cluster C 43,3. Le AOU regionali hanno fatto registrare nel 2016 un indice di rotazione medio pari a 40,3. L'indice di rotazione della Regione Toscana per l'anno 2016 è stato di 37,7 (Fig. 3.8).

Figura 3.8
Indice di rotazione



Tali differenze indicano come nei grandi ospedali, dove sono maggiormente implementati modelli organizzativi presi in esame dalla survey, e dove è maggiore la pressione dei pazienti in attesa di ricovero (sia urgente, sia come ricoveri programmati) si sviluppa una maggiore efficienza, la struttura ospedaliera riesce a gestire al meglio le proprie risorse interne garantendo che i posti letto siano il più possibile occupati e che ci sia un alto grado di turn-over.

3.2 RICOVERI E ACCESSI RIPETUTI

Accessi ripetuti al Pronto soccorso entro 72 ore

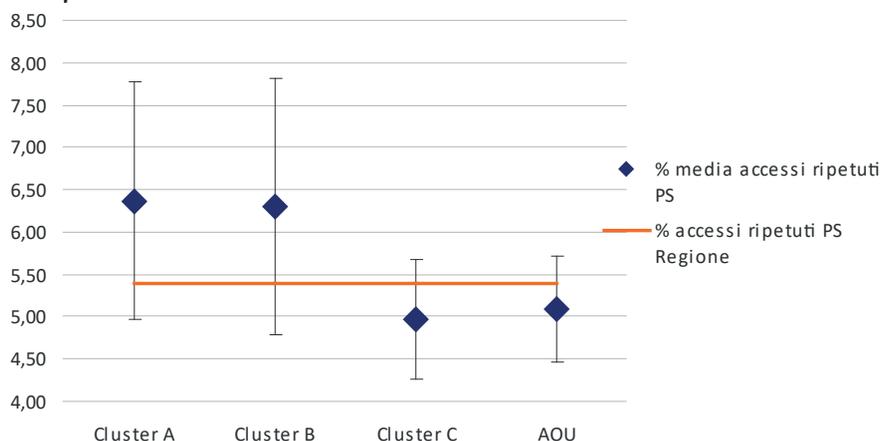
Tale indicatore descrive la proporzione di accessi ripetuti in un determinato Pronto soccorso (PS) entro 72 ore dalla dimissione. È ottenuto mediante il rapporto tra il numero di accessi ripetuti entro le 72 ore per qualsiasi causa e il numero totale di accessi effettuati con un esito compatibile con la possibilità di effettuare un accesso ripetuto. Per “esito compatibile con l’accesso ripetuto” si intende un esito alla dimissione diverso da ricoverato, trasferito ad altro istituto, deceduto (in PS e giunto cadavere) e rifiuto del ricovero. Sono esclusi dal computo del denominatore gli accessi relativi a pazienti che effettuano più di 5 accessi ripetuti nell’anno in studio. Si escludono dal computo degli accessi ripetuti quelli effettuati entro 10 minuti nello stesso PS. L’accesso ripetuto è attribuito al PS in cui ha avuto luogo l’accesso a cui si riferisce il reingresso.

I piccoli ospedali appartenenti al cluster A hanno fatto registrare nel 2017 una percentuale media di accessi ripetuti pari al 6,37%, più o meno equivalente a quella del cluster B di 6,31%. Tale percentuale diminuisce invece all’aumentare del dimensionamento degli ospedali; infatti nel cluster C è pari al 4,97% e nelle AOU regionali al 5,01%. Nel 2017 la Regione Toscana ha fatto registrare una percentuale di accessi ripetuti al PS entro 72 ore pari al 5,40% (**Fig. 3.9**).

Tali differenze mostrano che negli ospedali più grandi, dove il percorso emergenza-urgenza è organizzato secondo nuovi modelli (in primis l’implementazione del Fast track³⁰ e della degenza di Medicina d’urgenza), il rapporto di accessi ripetuti al PS entro le 72 ore è più basso, indice che la nuova organizzazione garantisce un’adeguata presa in carico dei casi urgenti.

30 Invio diretto dal triage alla gestione specialistica.

Figura 3.9
Accessi ripetuti al PS entro 72 ore



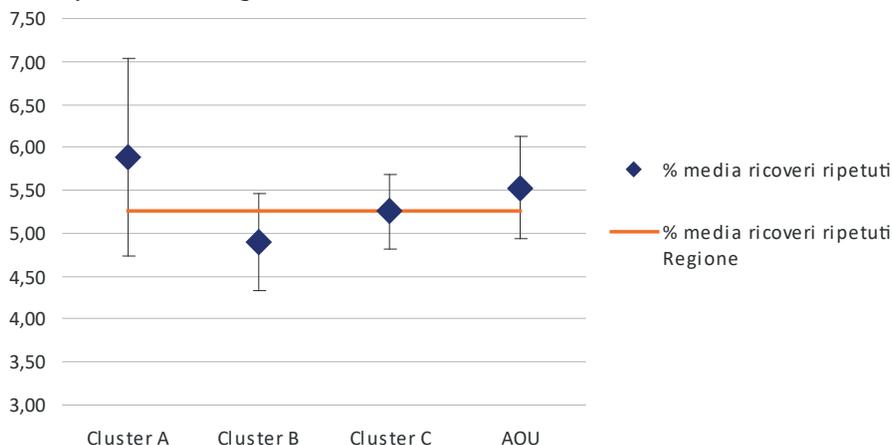
Ricoveri ripetuti entro 30 giorni

Tale indicatore è calcolato come rapporto percentuale tra il numero dei ricoveri ordinari ripetuti entro 30 giorni dalla dimissione e il numero complessivo di ricoveri ordinari. Si considerano come ripetuti, in linea generale, i ricoveri che avvengono in un intervallo inferiore o uguale a 30 giorni nello stesso presidio, per i quali la categoria della diagnosi principale (definita dalle prime tre cifre della codifica ICD-9CM) del secondo ricovero sia la categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.

Gli ospedali del cluster A hanno fatto registrare nel 2017 una percentuale media di ricoveri ripetuti pari a 5,90%. Tale percentuale diminuisce nel cluster B a 4,89%, per poi risalire leggermente nel cluster C a 5,25% e a 5,53% nelle AOU regionali. La percentuale di ricoveri ripetuti entro 30 giorni nell'anno 2017 nella Regione Toscana è stata pari a 5,26% (**Fig. 3.10**).

La distribuzione per cluster mostra comunque un trend in diminuzione per quanto riguarda la percentuale di ricoveri ripetuti rispetto alla grandezza dell'ospedale; gli ospedali più grandi attuano quei modelli organizzativi necessari affinché il paziente sia dimesso nelle migliori condizioni e modalità possibili in modo da evitare che si ripresenti al presidio per lo stesso motivo nell'arco di pochi giorni.

Figura 3.10
Ricoveri ripetuti entro 30 giorni

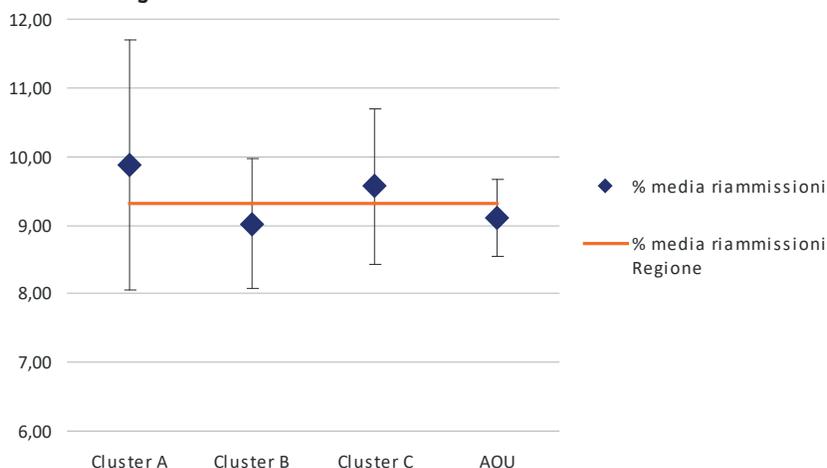


Riammissioni a 30 giorni

Tale indicatore è dato dal rapporto tra i ricoveri con riammissione sul totale dei ricoveri ordinari. Per riammissione si intende un ricovero urgente o in OBI che avviene a non più di 30 giorni da un precedente ricovero, a meno che il precedente ricovero non sia esitato in un trasferimento.

I dati per questo indice sono riferiti all'anno 2016. Tale indicatore non mostra sostanziali differenze tra i cluster per quanto riguarda questo indicatore. Gli ospedali più piccoli hanno fatto registrare una percentuale media di riammissioni pari a 9,87%, quelli del cluster B del 9,02% e quelli del cluster C del 9,57%. Le AOU regionali hanno fatto registrare nel 2016 una percentuale media di riammissioni pari al 9,1%, mentre la Regione Toscana registra una percentuale di riammissioni a 30 giorni del 9,32% (**Fig. 3.11**).

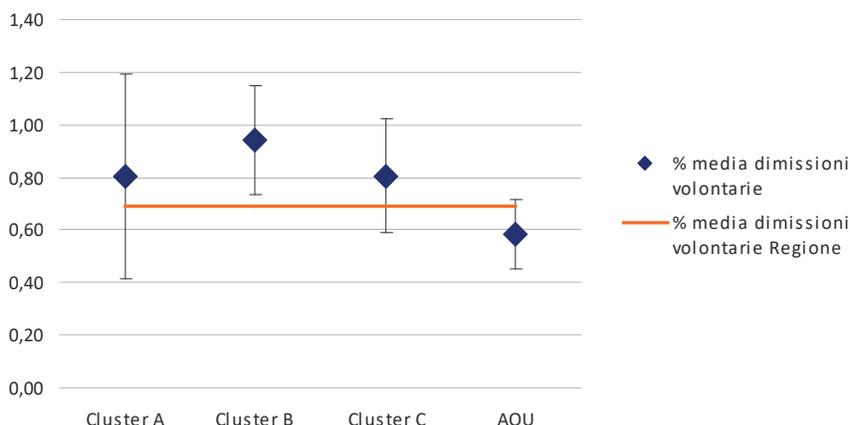
Figura 3.11
Riammissioni a 30 giorni



3.3 DIMISSIONI VOLONTARIE

La percentuale di dimissioni volontarie di una determinata struttura ospedaliera è indice indiretto della qualità delle cure percepita dal paziente. Nei modelli organizzativi oggetto di questo lavoro, la considerazione della qualità percepita diventa un aspetto importante per rispondere al bisogno sociale del consumerismo, dove il cittadino, nel nostro caso paziente, assume sempre più un ruolo centrale e, di pari passo, la sua opinione conta sempre di più nella valutazione della qualità delle cure erogate.

Dalla nostra analisi emerge come non ci siano sostanziali differenze tra i tre cluster in esame. Il cluster A ha fatto registrare nel 2017 una percentuale media di dimissioni volontarie pari a 0,80%, il cluster B 0,94% e il cluster C 0,80%. Diversamente, nelle AOU tale percentuale diminuisce fino a 0,59%, indicazione che tali strutture forniscono una qualità delle cure percepita come migliore dal paziente, rispetto agli altri presidi ospedalieri. La Regione Toscana ha avuto nel 2017 una percentuale di dimissioni volontarie pari a 0,69% (**Fig. 3.12**).

Figura 3.12
Percentuale di dimissioni volontarie


3.4 INDICATORI DI ESITO

Tabella 3.2
Indicatori generali di esito per cluster e valore regionale

	Cluster A	Cluster B	Cluster C	AOU C S P	p value	Regione Toscana
IMA: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	7,38 (± 2,38)	7,95 (± 3,17)	7,27 (± 1,75)	9,67 (± 3,59)	0,575	7,62
SCC: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	10,21 (± 5,63)	11,33 (± 3,44)	11,30 (± 2,23)	12,08 (± 3,79)	0,631	12,07
Ictus ischemico: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	11,52 (± 3,53)	8,42 (± 3,41)	8,16 (± 3,21)	10,14 (± 3,87)	0,688	9,47
BPCO riacutizzata: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	11,00 (± 4,35)	13,10 (± 8,28)	11,65 (± 3,99)	10,56 (± 0,41)	0,533	9,18
Intervento chirurgico per TM colon: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	9,59 (± 5,40)	3,89 (± 2,54)	3,91 (± 2,449)	2,94 (± 1,12)	0,365	3,85
Polmonite: mortalità a 30 giorni (media ± ds)	16,29 (± 9,00)	14,61 (± 3,32)	14,92 (± 3,46)	15,35 (± 2,87)	0,907	15,79

Il gruppo di lavoro ha effettuato anche un'analisi per cluster riguardante indicatori di qualità di esito comuni, misurabili in tutti gli ospedali. Sono stati analizzati mortalità a 30 giorni per infarto acuto del miocardio, per scompenso cardiaco congestizio, per ictus ischemico, per BPCO riacutizzata, per intervento chirurgico per TM del colon e per polmonite. Non sono state riscontrate differenze statisticamente significative fra i vari cluster, indicando che i modelli organizzativi per intensità di cura non influiscono direttamente sugli indicatori di outcome, che risultano di buon livello per tutti i cluster in analisi.

BIBLIOGRAFIA

1. Raven RW. *Progressive patient care*. <<British Medical Journal>> 1962, 1(5270), 43-44.
2. Haldeman JC. *Progressive patient care: a challenge to hospitals and health agencies*. <<Public health reports>> 1959, 74(5), 405-408, doi: 10.2307/4590468.
3. Guarinoni MG, Motta PC, Petrucci C, Lancia L. *Progressive Patient Care e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: revisione narrativa della letteratura*. <<Professioni Infermieristiche>> 2014, 66(4), 205-21, doi: 10.7429/pi.2013.664205.
4. Ingram R. F.; *Progressive Patient Care*. <<Canadian Journal of comparative medicine and veterinary science>> 1960, 24(4), 134-136.
5. Irvine RE. *Progressive patient care in the geriatric unit*. <<Postgraduate medical journal>> 1963, 39, 401-407.
6. Abdellah Strachan EJ. *Progressive patient care*. <<The American journal of nursing>> 1959, 59(5), 649-655, doi: 10.2307/3417741.
7. Ridley SA. *Intermediate care, possibilities, requirements and solutions*. <<Anaesthesia>> 1998, 53(7), 654-664.
8. Niccolai F, Nuti S (a cura di). *Intensità di cura e intensità di relazioni. Idee e proposte per cambiare l'ospedale*. 2012, Pisa, Edizioni ETS.
9. Taroni F. *DRG/ROD e nuovo sistema di finanziamento degli ospedali*. 1996 Roma, Il Pensiero Scientifico.
10. Draper D et al. *Studying the Effects of the DRG-Based Prospective Payment System on Quality of Care*. <<JAMA>> 1990, 264(15):1956-1961.
11. Nonis M, Corvino G, Fortino A. *La scheda di dimissione ospedaliera*. 1997 Roma, Il Pensiero Scientifico.
12. Mauri M, La Pietra L. (a cura di) *Progetto di Ricerca finalizzata "Principi guida tecnici, organizzativi e gestionali per la realizzazione e gestione di ospedali ad alta tecnologia e assistenza". Rapporto Conclusivo*. <<Monitor>> 2003, supplemento al numero 6. ASSR.
13. Mechi MT, Gemmi F, Barbacci P, Bellini F, Cecchi A, Monti G, Pacini P, Tosi P. *La riorganizzazione "snella" dell'assistenza ospedaliera*. <<Salute e Territorio>> 2008, XXX; 166:14-18.
14. Gemmi F, Mechi MT, Geddes da Filicaia M, Turco L, Appicciafuoco A. *Il progetto OLA – Organizzazione Lean dell'Assistenza. Una reingegnerizzazione dei servizi ospedalieri basata sul lean thinking, per una disposizione più efficiente delle risorse*. <<L'Ospedale>> 2008, 3:76-81.

15. Meucci L, Carlomagno A, Gemmi F, Mechi MT. *Progetto OLA, Processi Sanitari e Soluzioni Architettoniche*. <<Hospital & Public Health>> 2010, 1: 32-36.
16. Geddes da Filicaia M (a cura di), AAVV. *Il governo dell'ospedale (1 e 2)*. 2007 <<Salute e Territorio>> numeri monografici 160 e 161.
17. Giusepi I. *Gli strumenti operativi per la ri-organizzazione dell'ospedale per intensità delle cure e complessità assistenziale*. SDA Bocconi School of Management, 2012.
18. Pellecchia A., Bellini A., Carangelo N., Falcinella R., Fioro A., Mazza R., Natali F., Palazzo G., Rossetti R., Trafuoci T. *Alla ricerca del posto letto: il bed management nel Policlinico S. Orsola-Malpighi di Bologna*. <<G Gerontol>> 2015; 63:260-263.

APPENDICE

Di seguito si riporta la struttura dell'interfaccia web utilizzata per la rilevazione.

SURVEY SUI MODELLI ORGANIZZATIVI DEGLI OSPEDALI PUBBLICI DELLA TOSCANA

Azienda: *menù a discesa (3 ASL, 4AOU, FTGM)*

Ospedale: *menù a discesa in base al campo Azienda*

Compilatore: *testo cognome e nome*

Incarico ricoperto in ospedale dal compilatore: *menù a discesa (§)*

Indirizzo e-mail del compilatore:

Telefono:

(§) denominazione incarichi:

Dirigente medico della Direzione di presidio

Direttore medico del presidio

Infermiere o coordinatore inf. della Direzione di presidio

Operation manager

altra figura professionale della Direzione di presidio

SEZIONE 1. ORGANIZZAZIONE DELLE DEGENZE

Nota *, (valida per tutte le sezioni): il numero di posti letto e di letti tecnici è riferito all'assetto dell'ospedale in piena funzionalità, al di fuori dei periodi di riduzione delle attività (per ferie del personale o per altre cause); in genere, il numero da riportare corrisponde ai posti letto e ai letti tecnici deliberati o comunque rappresentati in un documento ufficiale, per l'anno in corso.

- 1.1 Numero di posti letto ordinari* (a ciclo continuo di cure) utilizzati dalle discipline mediche
risposta: *n* posti letto da 0 a *n*
- 1.2 Numero di posti letto ordinari* (a ciclo continuo di cure) utilizzati dalle discipline chirurgiche
risposta: *n* posti letto da 0 a *n*
- 1.3 L'ospedale dispone di setting di degenza multispecialistici per le discipline mediche
risposta: *si/no*
se si: n posti letto* in reparti di degenza multispecialistici
se si: n totale unità di personale (infermieri, OSS) assegnate a detti reparti
- 1.4 L'ospedale dispone di setting di degenza multispecialistici per le discipline chirurgiche
risposta: *si/no*
se si: n posti letto* in reparti di degenza multispecialistici
se si: n totale unità di personale (infermieri, OSS) assegnate a detti reparti
- 1.5 Nelle degenze mediche è individuato un tutor medico per ciascun paziente
risposta: 0 (nessuna implementazione)
1 (modalità operativa parzialmente attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
2 (modalità operativa attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista
per tutto l'ospedale)
4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 1.6 Nelle degenze chirurgiche è individuato un tutor medico per ciascun paziente
risposta: 0 (nessuna implementazione)
1 (modalità operativa parzialmente attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)

- 2 (modalità operativa attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
- 3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista
per tutto l'ospedale)
- 4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 1.7 Nelle degenze mediche è individuato un infermiere di riferimento per ciascun paziente
risposta: 0 (nessuna implementazione)
1 (modalità operativa parzialmente attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
2 (modalità operativa attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista
per tutto l'ospedale)
4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 1.8 Nelle degenze chirurgiche è individuato un infermiere di riferimento per ciascun paziente
risposta: 0 (nessuna implementazione)
1 (modalità operativa parzialmente attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
2 (modalità operativa attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista
per tutto l'ospedale)
4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 1.9 L'organizzazione del lavoro infermieristico nelle degenze ordinarie
(a ciclo continuo di cure) è strutturata per cellule o moduli
risposta: 0 (nessuna implementazione della modalità operativa descritta)
1 (modalità operativa parzialmente attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
2 (modalità operativa attivata solo in alcune aree dell'ospedale;
specificare:)
3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista
per tutto l'ospedale)
4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 1.10 L'attività di day surgery utilizza posti letto:
risposte possibili: a) all'interno dei reparti di degenza ordinaria
b) in reparto dedicato, separato dalla degenza ordinaria
c) nell'ospedale non si esegue attività di day surgery

SEZIONE 2. GRADUAZIONE DELLE CURE PER INTENSITÀ

- 2.1 Indicare la percentuale di posti letto* di Terapia intensiva rispetto al totale dei posti letto* ordinari – a ciclo continuo di cure – dell’ospedale
risposta: n%
- 2.2 a) Presenza di posti letto di degenza sub-intensiva multidisciplinare (% sui posti letto* ordinari – a ciclo continuo di cure – dell’ospedale)
risposta a: n%
 b) se presente, si tratta di un setting unico o è suddivisa in più reparti?
risposta b, risposte possibili a) unico reparto
b) suddivisa in più reparti
- 2.3 a) Presenza di posti letto di degenza sub-intensiva monospecialistica, compresa UTIC (% sui posti letto* ordinari – a ciclo continuo di cure – dell’ospedale)
risposta a: n%
 b) se presente, indicare il numero di reparti
risposta b: numero reparti
- 2.4 Nei comparti operatori è presente una *Post Anesthesia Care Unit (PACU)/Recovery Room*
*risposta: sì/no, se sì: n. letti tecnici**
- 2.5 È sviluppato un modello di distribuzione delle risorse infermieristiche per i pazienti intensivi e sub-intensivi che tenga conto dell’intensità di nursing richiesta
risposta: sì/no
- 2.6 All’interno di un’area di degenza, il numero di pazienti assegnato a una equipe infermieristica è stabilito tramite l’uso di scale di valutazione
risposta: sì/no
- 2.7 Le degenze delle discipline mediche sono strutturate secondo livelli distinti IIA (high care) e IIB (intensità medio-bassa)
risposta sì/no
- 2.8 L’attività di guardia medica per le discipline mediche è organizzata nelle ore notturne con un medico ogni:
risposta: n. massimo di posti letto seguiti da un singolo medico di guardia*

SEZIONE 3. STRUTTURAZIONE DEL PERCORSO DELL'EMERGENZA

- 3.1 Indicare il numero di accessi al Pronto soccorso nel 2017
risposta: numero accessi
- 3.2 Il Pronto soccorso dispone di letti di OBI
*risposta: sì/no, se sì: n. letti tecnici**
- 3.3 Il DEA comprende una degenza di Medicina d'urgenza
*risposta: sì/no, se sì: n. posti letto**
- 3.4 Il DEA comprende una degenza sub-intensiva
*risposta: sì/no, se sì: n. posti letto**
- 3.5 Il PS assegna disciplina e livello di intensità per i pazienti destinati al ricovero
risposta: sì/no
- 3.6 Nel PS è presente un'area identificata come Pronto soccorso pediatrico
risposta: sì/no
- 3.7 Nel PS sono presenti percorsi Fast track **
risposta: sì/no
se sì: per quali problemi clinici sono implementati? testo libero

Nota **: secondo le Linee di indirizzo del Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto soccorso (DGRT 806/2017)

SEZIONE 4. ORGANIZZAZIONE DEI PROCESSI DI CURA

- 4.1 Nei ricoveri chirurgici, i percorsi per l'emergenza-urgenza e per la chirurgia programmata:
risposte possibili: a) utilizzano le stesse aree di degenza e le stesse sale operatorie
 b) utilizzano aree di degenza e sale operatorie dedicate
 c) utilizzano le stesse aree di degenza e sale operatorie dedicate
 d) l'ospedale non esegue attività in emergenza-urgenza
- 4.2 Sono attuate procedure di programmazione chirurgica cui partecipa la direzione dell'ospedale
risposta: 0 (nessuna implementazione)
 1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune specialistiche;
 specificare:)
 2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune specialistiche per le quali ne è prevista l'adozione;
 specificare:)
 3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per per tutte le specialistiche chirurgiche)
 4 (modalità operativa implementata per tutte le specialistiche chirurgiche)
- 4.3 Il servizio di pre-ospedalizzazione per la chirurgia programmata è centralizzato
risposta: 0 (nessuna implementazione)
 1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune specialistiche;
 specificare:)
 2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune specialistiche per le quali ne è prevista l'adozione;
 specificare:)
 3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per per tutte le specialistiche chirurgiche)
 4 (modalità operativa implementata per tutte le specialistiche chirurgiche)
- 4.4 Se il servizio di pre-ospedalizzazione è centralizzato:
 a) numero di unità di personale del comparto assegnato al servizio,
 suddiviso per qualifica professionale
 b) numero di accessi nell'anno

4.5 Sono attuate procedure di bed management cui partecipa la direzione dell'ospedale

risposta: 0 (nessuna implementazione)

1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune aree di degenza;
specificare:)

2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune aree di degenza per le quali ne è prevista l'adozione;
specificare:)

3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per tutto l'ospedale)

4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)

4.6 Sono attuate procedure gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management

risposta: 0 (nessuna implementazione)

1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune aree di degenza;
specificare:)

2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune aree di degenza per le quali ne è prevista l'adozione;
specificare:)

3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per tutto l'ospedale)

4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)

4.7 È documentata un'attività di valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente, effettuata all'inizio della degenza o in fase di preospedalizzazione

risposta: 0 (nessuna implementazione)

1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune aree di degenza;
specificare:)

2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune aree di degenza per le quali ne è prevista l'adozione;
specificare:)

3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per tutto l'ospedale)

4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)

- 4.8 È documentata un'attività di valutazione prospettica della durata del ricovero, effettuata all'inizio della degenza o in fase di preospedalizzazione
risposta: 0 (nessuna implementazione)
 1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune aree di degenza;
 specificare:)
 2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune aree di degenza per le quali ne è prevista l'adozione;
 specificare:)
 3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per tutto l'ospedale)
 4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)
- 4.9 È attiva una procedura per riferire i paziente all'Agenzia di continuità ospedale – territorio (ACOT)*** al fine di garantire la continuità terapeutica e assistenziale ai pazienti in dimissione con limitata autonomia, e per assicurare la presa in carico multidisciplinare nel territorio
risposta: 0 (nessuna implementazione)
 1 (modalità operativa attivata parzialmente, prevedendone l'attuazione a regime solo per alcune aree di degenza;
 specificare:)
 2 (modalità operativa attivata a regime, solo per alcune aree di degenza per le quali ne è prevista l'adozione;
 specificare:)
 3 (modalità operativa non ancora attivata completamente, ma prevista per tutto l'ospedale)
 4 (modalità operativa implementata in tutto l'ospedale)

Nota *:** DGRT 679/2016 “Agenzia di continuità ospedale – territorio: indirizzi per la costituzione nelle Zone-distretto. Individuazione delle azioni di sviluppo e rafforzamento dei processi di handover dei percorsi di continuità assistenziale fra ospedale e territorio”.

SEZIONE 5. ANALISI SWOT

Si richiede al direttore di Presidio ospedaliero di esprimere, relativamente ai modelli organizzativi implementati nell'ospedale da lui diretto, quali ritiene siano:

elementi di **forza** (**S**trengths - le attribuzioni dell'organizzazione che sono utili a raggiungere gli obiettivi fissati);

elementi di **debolezza** (**W**eaknesses - le attribuzioni dell'organizzazione che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi fissati);

le **opportunità** (**O**pportunities - condizioni esterne all'organizzazione, che sono utili a raggiungere gli obiettivi);

i **rischi** (**T**hreats - condizioni esterne che potrebbero recare danni alla performance).

5.1 Elementi di forza:
testo libero, lunghezza massima 280 caratteri (doppio tweet)

5.2 Elementi di debolezza:
testo libero, lunghezza massima 280 caratteri (doppio tweet)

5.3 Opportunità:
testo libero, lunghezza massima 280 caratteri (doppio tweet)

5.4 Rischi:
testo libero, lunghezza massima 280 caratteri (doppio tweet)

Tabella riassuntiva Sezione 1 per singolo ospedale

	Setting di degenza multispecialistici per discipline mediche	Setting di degenza multispecialistici per discipline chirurgiche	Tutor medico nelle degenze mediche	Tutor medico nelle degenze chirurgiche	Infermiere di riferimento nelle degenze mediche	Infermiere di riferimento nelle degenze chirurgiche	Organizzazione infermieristica strutturata per cellule o moduli	Day Surgery utilizza posti letto in reparto dedicato
Petruciolli Pitigliano (GR)	-	-	+	+	+	+	+	+
L. Pacini S. Marcello P.se (PT)	-	-	+	+	+	+	+	+
Monte Amiata Abbadia San Salvatore	-	-	+	+	+	+	+	+
Civile Bibbiena (AR)	+	+	-	-	-	-	-	-
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	+	+	-	-	+	+	+	-
Val Tiberina Sansepolcro (AR)	+	+	-	-	-	-	-	-
S. Maria Maddalena Volterra	+	+	+	+	+	+	+	-
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	+	+	-	-	-	+	+	-
S. Andrea Massa M.ma (GR)	+	+	+	+	+	+	+	+
Civile Elbano Portoferraio (LI)	-	-	+	+	+	+	+	-
Nuovo ospedale Valdichiana S. Margherita (AR)	-	+	-	-	-	-	-	+
S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)	+	+	+	+	+	+	+	-
S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)	+	+	+	+	+	+	+	-
S. Maria Nuova Firenze (FI)	+	+	+	+	-	-	+	-
Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)	-	+	+	+	+	+	+	-
Civile Piombino (LI)	+	+	+	+	+	+	+	-
Civile Cecina (LI)	+	+	+	+	+	+	+	-
Ospedale dell'Alta Val d'Elsa Poggibonsi (SI)	-	+	+	+	-	-	+	-
Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)	-	+	+	-	-	+	+	+
Ospedale del Valdarno S.Maria della Gruccia (AR)	+	+	+	-	+	-	+	+

Tabella riassuntiva Sezione 2 per singolo ospedale

	Presenza degenza sub-intensiva multidisciplinare	Presenza <i>Post Anesthesia Care Unit (PACU) / Recovery Room</i>	Modello distribuzione risorse infermieristiche che tenga conto della intensità di nursing richiesta	Numero pazienti assegnati a equipe infermieristica stabile tramite scale di valutazione	Degenze strutturate secondo livelli distinti IIA (high care) e IIB (intensità medio-bassa)
Petrucchioli Pitigliano (GR)	-	-	-	+	+
L. Pacini S. Marcello P.se (PT)	-	-	-	-	-
Monte Amiata Abbazia San Salvatore	-	-	-	-	-
Civile Bibbiena (AR)	+	-	-	-	-
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	-	-	-	-	-
Val Tiberina Sansepolcro (AR)	+	-	-	-	-
S. Maria Maddalena Volterra	-	-	+	+	+
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	-	-	+	-	-
S. Andrea Massa M.ma (GR)	-	-	-	-	-
Civile Elbano Portoferraio (LI)	-	-	-	+	-
Nuovo ospedale Valdichiana S. Margherita (AR)	-	-	-	-	-
S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)	-	-	-	-	+
S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)	-	-	+	+	+
S. Maria Nuova Firenze (FI)	+	-	+	+	+
Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)	+	-	-	-	-
Civile Piombino (LI)	+	-	+	+	-
Civile Cecina (LI)	+	+	+	-	+
Ospedale dell'Alta Val d'Elsa Poggibonsi (SI)	-	+	+	+	-
Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)	-	-	+	-	-
Ospedale del Valdarno S.Maria della Gruccia (AR)	-	+	+	-	+

SS. Cosma e Damiano Pescia (PT)	-	+	+	-	+	+
S. Giovanni di Dio Torregalli (FI)	+	-	+	-	+	+
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli (FI)	+	+	+	+	+	-
SS. Giacomo e Cristoforo Massa (MS)	+	-	+	-	+	+
Ospedale Unico "Versilia" (LU)	+	+	+	+	+	+
Ospedale San Luca (LU)	+	+	+	+	+	+
S. Giuseppe Empoli (FI)	+	+	+	-	+	+
Misericordia Grosseto (GR)	+	-	+	-	+	-
Ospedale San Jacopo (PT)	+	+	+	-	+	-
Spedali Riuniti (LI)	+	+	+	-	+	+
Area Aretina Nord Arezzo (AR)	+	+	+	+	+	-
Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano (PO)	+	+	+	+	+	+
AOU Senese	-	+	+	+	+	-
AOU Pisana	-	+	+	-	+	-
AOU Careggi	-	+	+	-	+	+
AOU Meyer	+	-	+	-	+	+
Civile Carrara (MS)	-	-	-	-	-	-
IOT Firenze (FI)	-	-	-	-	-	-
Degli Infermi S. Miniato (PI)	-	-	-	-	-	-
S. Piero Igneo Fucecchio (FI)	-	+	-	-	-	-
Istituto Fisiologia Clinica (IFC) - Fondazione Monasterio (PI)	+	-	-	-	-	-
S. Francesco Barga (LU)	-	-	-	+	+	+
Ospedale Pediatrico Apuano - Fondazione Monasterio (MS)	-	-	+	-	+	+

Tabella riassuntiva Sezione 3 per singolo ospedale

	PS dispone di letti di OBI	DEA comprende degenza d'urgenza	DEA comprende Medicina degenza sub-intensiva	PS assegna disciplina e livello di intensità per ricovero	Presenza Pronto soccorso pediatrico	Presenza Fast Track
Petruccioli Pitigliano (GR)	+	-	-	+	-	-
L. Pacini S. Marcello P.se (PT)	-	-	-	+	-	-
Monte Amiata Abbazia San Salvatore	+	-	-	-	-	-
Civile Bibbiena (AR)	+	-	-	+	-	-
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	+	-	-	+	-	-
Val Tiberina Sansepolcro (AR)	+	-	+	+	-	+
S. Maria Maddalena Volterra	-	-	-	+	-	-
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	+	-	-	+	-	-
S. Andrea Massa M.ma (GR)	+	-	-	+	-	-
Civile Elbano Portoferraio (LI)	-	-	-	+	-	-
Nuovo ospedale Valdichiana S. Margherita (AR)	+	-	-	+	-	-
S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)	+	-	-	+	-	+
S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)	+	-	-	+	-	+
S. Maria Nuova Firenze (FI)	+	+	+	+	-	+
Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)	+	-	-	-	+	+
Civile Piombino (LI)	+	-	-	+	-	+
Civile Cecina (LI)	+	-	+	+	-	+
Ospedale dell'Alta Val d'Elsa Poggibonsi (SI)	+	-	-	+	+	+
Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)	+	-	-	+	-	-
Ospedale del Valdarno S.Maria della Gruccia (AR)	+	+	+	+	+	+

SS. Cosma e Damiano Pescia (PT)	+	-	-	+	+	+	+
S. Giovanni di Dio Torregalli (FI)	+	+	+	+	+	-	+
S.M. Annunziata Bagno a Ripoli (FI)	+	+	+	+	+	-	+
SS. Giacomo e Cristoforo Massa (MS)	+	-	-	+	+	-	+
Ospedale Unico "Versilia" (LU)	+	-	-	+	+	+	+
Ospedale San Luca (LU)	+	+	+	+	+	-	+
S. Giuseppe Empoli (FI)	+	-	-	+	+	+	+
Misericordia Grosseto (GR)	+	+	-	+	+	+	+
Ospedale San Jacopo (PT)	+	-	-	+	+	-	+
Spedali Riuniti (LI)	+	+	+	+	+	-	+
Area Aretina Nord Arezzo (AR)	+	+	+	+	+	-	+
Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano (PO)	+	-	+	+	+	+	+
AOU Senese	+	+	-	+	-	+	+
AOU Pisana	+	+	+	+	+	+	+
AOU Careggi	+	-	+	+	+	-	+
AOU Meyer	+	-	-	+	+	+	-
Civile Carrara (MS)							
IOT Firenze (FI)							
Degli Infermi S. Miniato (PI)							
S. Piero Igneo Fucecchio (FI)							
Istituto Fisiologia Clinica (IFC) - Fondazione Monasterio (PI)							
S. Francesco Barga (LU)							
Ospedale Pediatrico Apuano - Fondazione Monasterio (MS)							

Tabella riassuntiva Sezione 4 per singolo ospedale

	Nei ricoveri chirurgici i percorsi emergenza-urgenza e chirurgia programmata utilizzano aree dedicate	Attuazione di procedure di programmazione chirurgica cui partecipa la direzione dell'ospedale	Servizio di pre-ospedalizzazione per chirurgia programmata è centralizzato	Procedure di bed management cui partecipa la direzione dell'ospedale	Procedure gestione dei ricoveri basate su tecniche di visual management	Valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente	Valutazione prospettica della durata di ricovero
Petruccioli Pitigliano (GR)				-	+	+	-
L. Pacini S. Marcello P.se (PI)				-	-	+	+
Monte Amiata Abbazia San Salvatore	+		+	-	-	+	+
Civile Bibbiena (AR)	-	+	+	-	-	+	-
S. Antonio Abate Fivizzano (MS)	-	+	+	-	-	-	-
Val Tiberina Sansepolcro (AR)	-	+	-	-	-	+	+
S. Maria Maddalena Volterra	-	+	+	-	+	+	+
S. Antonio Abate Pontremoli (MS)	-	+	+	-	-	-	-
S. Andrea Massa M.ma (GR)				-	-	-	-
Civile Elbano Portoferrato (LI)	-	+	+	-	-	+	-
Nuovo ospedale Valchiana S. Margherita (AR)	-	+	+	-	-	+	-
S. Croce Castelnuovo Garfagnana (LU)	+	+	+	+	+	+	+
S. Giovanni di Dio Orbetello (GR)	-	+	+	+	+	+	-
S. Maria Nuova Firenze (FI)	-	+	+	+	+	+	+
Nuovo Ospedale Borgo S. Lorenzo (FI)	+	+	+	+	+	+	+
Civile Piombino (LI)	-	+	+	+	-	+	-
Civile Cecina (LI)	-	+	+	+	-	+	+
Ospedale dell'Alta Val d'Elisa Poggibonsi (SI)	+	+	+	+	+	+	+
Osp. Riuniti della Val di Chiana (SI)	+	+	+	-	-	+	+

Ospedale del Valdarno S. Maria della Gruccia (AR)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-
SS. Cosma e Damiano Pescia (PT)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
S. Giovanni di Dio Torregalli (FI)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
S. M. Annunziata Bagno a Ripoli (FI)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
SS. Giacomo e Cristoforo Massa (MS)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-
Ospedale Unico "Versilia" (LU)	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ospedale San Luca (LU)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
S. Giuseppe Empoli (FI)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Misericordia Grosseto (GR)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Ospedale San Jacopo (PI)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Spedali Riuniti (LI)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-
Area Aretina Nord Arezzo (AR)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Nuovo Ospedale di Prato S. Stefano (PO)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
AOU Senese	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
AOU Pisana	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
AOU Careggi	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
AOU Meyer	-	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Civile Carrara (MS)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-
IOT Firenze (FI)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	-
Degli Infermi S. Miniato (PI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S. Piero Igneo Fucecchio (FI)	+	+	+	+	-	+	+	-	+	+
Istituto Fisiologia Clinica (IFC) - Fondazione Monasterio (PI)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+
S. Francesco Barga (LU)	-	+	+	+	-	+	+	+	+	+
Ospedale Pediatrico Apuano - Fondazione Monasterio (MS)	-	+	+	+	-	+	+	-	+	+

