



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il modello per intensità di cura e  
complessità assistenziale: le opportunità  
infermieristiche e i risultati italiani.  
Una revisione della letteratura.**

Relatore: Chiar.ma  
**Dott.ssa Marinella  
Tommasi**

Tesi di Laurea di:  
**Marjus Cereku**

A.A. 2018/2019

## **Sommario**

<b>INTRODUZIONE .....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITOLO 1 - L'ATTUALE CONTESTO SOCIOSANITARIO ITALIANO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 La nascita del SSN .....</b>	<b>3</b>
<b>1.2 L'aziendalizzazione delle USL.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 L'invecchiamento demografico e la carenza posti letto .....</b>	<b>4</b>
<b>1.4 I mutamenti del SSN.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPITOLO 2 - UNA NUOVA FILOSOFIA PER LA SANITÀ.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1 Effetto tetto-pavimento .....</b>	<b>8</b>
<b>2.2 Il Lean Thinking .....</b>	<b>9</b>
<b>2.3 Il Lean Thinking in Sanità e in Italia.....</b>	<b>10</b>
<b>CAPITOLO 3 - IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE .....</b>	<b>12</b>
<b>3.1 Il nuovo “modello”.....</b>	<b>12</b>
<b>3.2 L'intensità clinica .....</b>	<b>13</b>
<b>3.3 La complessità assistenziale .....</b>	<b>15</b>
<b>3.4 I livelli di cura .....</b>	<b>18</b>
<b>3.5 L'organizzazione del lavoro infermieristico.....</b>	<b>19</b>
<b>3.6 Un punto di riferimento per il paziente .....</b>	<b>20</b>
<b>3.7 Le opportunità per l'infermiere .....</b>	<b>21</b>
<b>3.8 Il territorio.....</b>	<b>23</b>
<b>3.9 Gli strumenti di sostegno.....</b>	<b>24</b>
<b>CAPITOLO 4 - REVISIONE DELLA LETTERATURA: I RISULTATI ITALIANI DEL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Materiali e metodi.....</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Sintesi dei risultati .....</b>	<b>30</b>
<b>4.3 Discussione .....</b>	<b>36</b>
<b>CONCLUSIONI E RIFLESSIONI .....</b>	<b>39</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>42</b>

## INTRODUZIONE

Il tema della mia tesi nasce dalla costante evoluzione del Sistema Sanitario Nazionale, caratterizzato da diversi rinnovamenti che durante gli ultimi anni hanno cambiato il “modo di fare sanità”. Il processo di aziendalizzazione che ha interessato in prima persona le Unità Sanitarie Locali, ha spinto queste ultime verso la continua ricerca di una corretta gestione delle risorse pur mantenendo l'erogazione di servizi qualitativi, in un periodo dove l'attuale contesto sanitario è diventato un sistema complesso, il quale deve cercare di rispondere adeguatamente ad una domanda assistenziale che muta insieme alla sua popolazione. I tradizionali modelli ospedalieri non riescono a far fronte a tali criticità. Questa condizione sottolinea l'importanza di introdurre le nuove tecniche e metodologie organizzative e assistenziali affermate a livello internazionale come il Lean Thinking che, nato in ambito manifatturiero, ha trovato applicazione nella sanità italiana sottoforma di “modello per intensità di cura”. L'infermiere, in questa nuova organizzazione, ha la possibilità di migliorare le sue competenze e crescere professionalmente, lavorando e confrontandosi con un team multidisciplinare. Attraverso il seguente elaborato si è cercato di descrivere inizialmente il modello per intensità di cura, illustrando le sue principali caratteristiche e le opportunità infermieristiche offerte. Concludendo con una revisione della letteratura, con lo scopo di conoscere i risultati prodotti in ambito italiano.

Il primo capitolo inizia con l'illustrazione delle tre riforme sanitarie sottolineando in particolare il processo di aziendalizzazione, avviato dalle leggi 502/92 e 517/93, che ha coinvolto direttamente le USL. Per poi concludere con l'analisi dell'attuale contesto sociosanitario italiano, coinvolto in numerosi e repentini mutamenti che mettono alla dura prova la gestione dei servizi assistenziali.

Il secondo capitolo evidenzia i limiti del modello ospedaliero tradizionale costruito attorno le specialità mediche. Successivamente viene descritta la filosofia Lean Thinking, di come sia nata in ambito manifatturiero per poi essere applicata in sanità intenta a risolvere le attuali criticità emerse. Si conclude il capitolo spiegando come la filosofia Lean sia stata contestualizzata in Italia secondo il modello per intensità di cura. Nel terzo capitolo viene descritto il “nuovo” modello ospedaliero, con tutte le sue peculiarità, dalla struttura fisica alla gestione del territorio, l'organizzazione interna del lavoro infermieristico, le nuove figure di riferimento per il paziente e gli strumenti di sostegno.

Nel quarto capitolo, spinto dal trovare una risposta alle domande che mi sono posto circa lo stato dell'arte in Italia sul modello per intensità di cura, ho effettuato una revisione della letteratura inerente all'argomento, inserendo le parole chiave nella banca dati Pubmed e nel motore di ricerca Google Scholar con conseguente analisi degli studi rilevati.

# CAPITOLO 1

## L'ATTUALE CONTESTO SOCIOSANITARIO ITALIANO

### 1.1 La nascita del SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) italiano, è considerato in tutto il mondo un modello da perseguire per ottenere un sistema in grado di garantire il diritto alla salute. Nacque il 23 dicembre del 1978 con la Legge n. 833<sup>1</sup> che permise il superamento degli enti mutualistici, riorganizzando il SSN al fine di creare un organismo capace, secondo i principi di dignità, equità, salute, appropriatezza ed economicità, di erogare assistenza in modo efficiente. Attraverso questa legge, lo Stato fissò l'obiettivo di attuare l'articolo 32 della Costituzione italiana che sancisce: *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.”*

Il nuovo Sistema prevedeva tre livelli di governo:

- Livello Nazionale rappresentato dallo Stato: funzioni di programmazione generale e stazionamento dei fondi.
- Livello Regionale rappresentato dalla Regione: funzioni di coordinamento, legislative e di programmazione.
- Livello Locale rappresentato dai Comuni: funzioni di amministrazione diretta delle USL.

Le USL (Unità Sanitarie Locali), protagoniste del SSN, erano al tempo le strutture operative prive di personalità giuridica, in grado di erogare attività di cura, riabilitazione e prevenzione, attraverso le quali i comuni si interfacciavano alla popolazione. Questa organizzazione presentò sin da subito delle limitazioni che si scontrarono con la realtà economica-finanziaria del SSN. Le Regioni e le USL deresponsabilizzate, spendendo oltre il budget prestabilito, chiedevano regolarmente il risanamento delle perdite, provocando allo Stato un grande danno economico. Inoltre, si aggiunse il malcontento dei cittadini per la scarsa qualità dei servizi e per le liste d'attesa molto lunghe, causate

---

<sup>1</sup>L. 23 dicembre 1978, n.833, “istituzione del servizio sanitario nazionale”.

dalla assidua domanda assistenziale a cui le Regioni non riuscivano a rispondere adeguatamente.

## **1.2 L'aziendalizzazione delle USL**

Di fronte alla necessità di affrontare le problematiche di ordine finanziario del sistema sanitario, le forze politiche, senza violare i principi introdotti dalla 833/78, misero in atto la seconda Riforma Sanitaria attraverso i Decreti Legislativi 502/92<sup>2</sup> e 517/93<sup>3</sup> che avviarono il processo di aziendalizzazione. Le USL evolsero in ASL cioè Aziende Sanitarie Locali, esse continuano ad essere strutture pubbliche, ma seguendo sulla falsariga un'organizzazione puramente aziendale, con una propria personalità giuridica ed un'autonomia organizzativa, patrimoniale e amministrativa, delegate alla gestione del Direttore Generale coadiuvato da un Direttore Sanitario, un Direttore Amministrativo e dal Collegio Dei Revisori. Viene definito anche un nuovo modello di finanziamento, dove lo Stato attraverso il Piano Sanitario Nazionale; stabiliti i LEA (Livelli Essenziali Di Assistenza) in base ai bisogni dei cittadini e alle risorse disponibili; stanziando alle regioni le quote capitarie che dovranno redistribuire, secondo un proprio Piano Sanitario Regionale, tra le loro aziende sanitarie. Oltre alla funzione di finanziamento, alle regioni vengono affidati i compiti di programmazione sanitaria, controllo e coordinamento delle attività aziendali e delle attività di igiene pubblica. In tal senso, responsabilizzando le ASL ma soprattutto le Regioni, si creerebbe maggior interesse nel gestire correttamente le risorse, non avvalendosi più dello Stato in caso di disavanzi. A fare l'ultimo passo di questo percorso normativo ci ha pensato il Decreto Legislativo 229/99<sup>4</sup>, chiamato anche "Riforma Bindi" o "Riforma Ter", che ha rafforzato ulteriormente il processo di aziendalizzazione e regionalizzazione secondo i principi di efficacia, efficienza ed economicità.

## **1.3 L'invecchiamento demografico e la carenza posti letto**

Da anni in Italia si assiste ad un graduale invecchiamento demografico che l'hanno portata ad essere uno dei paesi più vecchi d'Europa. I dati Istat del 2019<sup>5</sup> fotografano

---

<sup>2</sup> D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, "riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

<sup>3</sup> D.L. 7 dicembre 1993, n. 517, "Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421."

<sup>4</sup> D.L. 19 giugno 1999, n. 229, "Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419."

<sup>5</sup> ISTAT, "Rapporto annuale 2019 -La situazione del paese.", 20 giugno 2019.

L'attuale quadro demografico italiano, dove la quota degli over 65 rappresenta il 23% della popolazione totale, mentre gli under 14 rappresentano solamente il 13,5%. Dati che in previsione dell'anno 2050 sono destinati ad aumentare tra i 9 e i 14 punti percentuali per gli over 65 e diminuire fino a 3 punti percentuali per gli over 14. Da non trascurare il prevedibile accrescimento del numero dei "grandi vecchi": gli ultra90enni, oggi circa 800 mila, sono destinati ad aumentare di oltre mezzo milione nei prossimi vent'anni e, al loro interno, persino gli ultracentenari, attualmente 14 mila, dovrebbero superare le 50 mila unità. Ad incidere su questa problematica concorrono due fattori determinanti:

- il costante aumento dell'aspettativa di vita, con una media di 80,8 anni per l'uomo e 85,2 anni per la donna;
- la riduzione della natalità con 439 mila bambini nati nel 2018, 140 mila in meno rispetto al 2008, fanno registrare un saldo naturale della popolazione in negativo.

In primo luogo, l'allungamento della vita non può che considerarsi un buon traguardo raggiunto. Ma al contempo la crescita della popolazione anziana coincide con l'aumento di patologie croniche-degenerative che necessitano di risorse umane, materiali e finanziarie più elevate per far fronte all'incessante domanda assistenziale. Queste condizioni implicano la nascita di una nuova figura sociale "l'anziano fragile", una persona con più di 75 anni di età, caratterizzata da uno stato di estrema vulnerabilità della sfera fisica, psichica e sociale. La sua instabilità clinica lo rende un soggetto affetto da più patologie contemporaneamente, definendolo "paziente complesso". L'anziano fragile richiede l'attivazione di diversi servizi sanitari come: il medico di medicina generale, i servizi sociali, l'assistenza domiciliare e le cure intermedie. Ma soprattutto coinvolge in maniera attiva la famiglia o il caregiver, creando importanti disagi riguardo la sua gestione che, oltre a costi economici elevati, aumentano lo stress familiare e il carico lavorativo. Queste condizioni inadeguate portano di conseguenza l'anziano fragile a ricoverarsi frequentemente, occupando molto spesso, per situazioni cliniche che potrebbero essere gestite in modo diverso, i posti letto ospedalieri: argomento molto discusso negli ultimi anni tanto che ha ricevuto particolare attenzione nel Decreto Ministeriale n° 70/2015<sup>6</sup> "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera*". Tale Decreto, oltre ad aver provveduto a ridisegnare alcuni punti dell'organizzazione

---

<sup>6</sup> D.M. 2 aprile 2015, n. 70, "*Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.*"

della rete ospedaliera, ha definito lo standard dei posti letto per abitante, uno tra i più bassi d'Europa. Sono stati stabiliti 3,7 posti letto x 1000 abitanti, più precisamente 3,0 pl x 1000 abitanti dedicati alle acuzie e 0,7 pl x 1000 abitanti dedicati alla riabilitazione e lungodegenza post-acuzie. Standard che le Regioni avrebbero dovuto rispettare entro tre mesi dall'entrata in vigore del decreto ma il susseguirsi di diverse complicanze hanno creato un'eterogeneità regionale sull'effettiva applicazione portando ad un'ulteriore riduzione. La carenza dei posti letto grava sulla qualità dell'assistenza erogata, come ad esempio nelle attività del pronto soccorso, dove i pazienti che necessitano di un ricovero, vengono saltuariamente impilati su delle barelle per ore in attesa della ricerca di un reparto il più possibile affine alla loro patologia. Si crea così un circolo vizioso che allunga i tempi d'attesa, crea un'insoddisfazione generale, aumenta i costi e spreme fino all'esaurimento le risorse disponibili. Risorse che fanno dipendere la qualità dei servizi ma che sistematicamente vengono tagliate quando invece necessitano di un'attenta valutazione da parte di chi le gestisce. E' un'Italia sempre più vecchia che, a causa dei repentini mutamenti della sua popolazione, deve adeguare il suo sistema welfare (stato di benessere) messo sotto pressione per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

#### **1.4 I mutamenti del SSN**

Nel 2018 ha compiuto 40 anni, è considerato tra i migliori al mondo e ha introdotto il principio di cura universale e gratuita come diritto inequivocabile. Ma oggi il nostro SSN vacilla a causa dei costanti mutamenti della società, ai quali deve di conseguenza adeguarsi il prima possibile in un periodo dove la crisi economica peggiora la situazione. Innanzitutto, ad imprimere è l'evoluzione tecnologica, oltre a riempire la nostra quotidianità, come prevedibile si sta imponendo anche in sanità con l'appellativo di eHealth, ossia l'insieme delle tecnologie utilizzate con il principale scopo di migliorare la salute dei pazienti, ma anche di supportare l'attività lavorativa di medici e infermieri. I benefici generati sono molti, a partire dalla riduzione delle tempistiche fino all'accuratezza dei mezzi diagnostici-terapeutici, ma anche una migliore comunicazione tra i professionisti sanitari. L'unico svantaggio che si propone sono i costi di installazione iniziali, ma che visti in un'ottica futura sono degli investimenti che permettono di risparmiare notevolmente. Con l'avvento della Sanità Digitale, si percepisce da parte delle strutture sanitarie la necessità di dotazioni all'avanguardia per rispondere al meglio ai bisogni dei cittadini. Cambiano anche i pazienti che edotti dal

web, dalle riviste cartacee e dai programmi televisivi si recano in ospedale già informati a cosa andranno incontro. Questo implica l'utilizzo, da parte degli operatori sanitari, di un nuovo approccio all'utente che si presenta sempre più pretenzioso di partecipare attivamente al suo processo di cura, di conoscere le informazioni disponibili e di avere percorsi assistenziali chiari ed organizzati. Per di più, anche tra i vari professionisti sanitari, pilastri principali del SSN che di giorno in giorno svolgono il loro lavoro con diligenza, disponibilità e passione, si ravvisa un'area di progresso che li porta ad avere l'esigenza di ampliare il loro profilo professionale con nuove competenze e conoscenze.

## CAPITOLO 2

### UNA NUOVA FILOSOFIA PER LA SANITÀ

#### 2.1 Effetto tetto-pavimento

Nell'attuale modello ospedaliero costruito attorno le specialità mediche sono presenti diverse criticità che causano una lievitazione della spesa sanitaria compromettendo i risultati dei servizi;

- Sovraffollamento e/o inappropriatelyzza;
- Lunghe attese per scarso coordinamento;
- Relazioni informali anziché strutturate e organizzate;
- Interferenza tra i percorsi di urgenza e di elezione;
- Scarsa integrazione tra i professionisti: flussi interni organizzati per disciplina;
- Disconnessione con il territorio;
- Percezione di scarso coordinamento da parte dei pazienti<sup>7</sup>.

Una dimostrazione più pratica dei problemi dell'odierno ospedale può essere illustrata spiegando l'effetto "tetto – pavimento". L'effetto *tetto* si verifica quando un utente con elevati bisogni è inserito in un "sistema a bassa offerta" e tende a stressare il sistema, ottenendo più assistenza rispetto agli altri utenti ricoverati, ma senza mai ricevere quella di cui necessita. L'effetto *pavimento* si realizza quando un utente con modesti bisogni è inserito in un "sistema ad alta offerta", ricevendo così una quota di assistenza superiore a quella necessaria, da un punto di vista sia quantitativo (minuti aspecifici) sia qualitativo (minuti specifici)<sup>8</sup>. Da questa analisi si evidenziano come l'erogazione dei servizi sanitari in modo non adeguato rispetto ai bisogni o alla richiesta dell'utente siano state tra le principali cause che hanno aumentato i costi del sistema sanitario. In conclusione, anche D. Rosini et al<sup>9</sup> segnala come *"l'organizzazione ospedaliera tradizionale, strutturata gerarchicamente sulla linea delle specialità cliniche, non*

---

<sup>7</sup> Nozzoli C., Iosa G., Ongari M., Valmori V., Paciotti M., Di Ruscio E., Relazione presentata alla tavola rotonda "Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive". Reggio Emilia 14 aprile 2011

<sup>8</sup> Alessandri M., Bartolomei C., Bernardini M., Landini G., Laureano R., Lombardo G., Nozzoli C., Role of internal medicine in a new model of hospital: a proposal of Tuscany's FADOI, Italian Journal of medicine, 2007, (1)1:65-69

<sup>9</sup> Rosini D., Mariotti F., Bartoli R., Romeri M., Verso l'organizzazione ospedaliera per Intensità di Cura, UNI service; 2010.

*assicura l'ottimizzazione nell'uso delle risorse e non risulta in grado di garantire risposte calibrate sui differenti livelli di intensità dei bisogni dei pazienti.*"

## **2.2 Il Lean Thinking**

Il processo di aziendalizzazione ospedaliera che ha avviato l'utilizzo di politiche di mercato aziendale all'interno del SSN, insieme alla ricorrente esigenza di ridurre i costi ma pur mantenendo una produzione di servizi assistenziali qualitativi, in un contesto sanitario dove le risorse sono sempre più limitate, hanno creato i presupposti per l'introduzione di un nuovo modello di organizzazione aziendale che si basa sul "Lean Thinking" ovvero "Pensare Snello". Il Lean Thinking è una filosofia di pensiero organizzativa che mira ad aumentare il valore dei servizi erogati e al contempo garantire una riduzione degli sprechi. Il termine "Lean Thinking" fu coniato per la prima volta da Womack, Jones e Ross nel libro "la macchina che ha cambiato il mondo"<sup>10</sup> dove hanno ripreso e studiato il Toyota Production System (TPS), detto anche Toyotismo. Il TPS nacque in Giappone dall'idea di Sakichi Toyoda, fondatore del marchio Toyota, Kiichiro Toyoda, figlio del fondatore e dal loro ingegnere Taiichi Ono che si trovarono a sopperire le gravi condizioni di mancanza di risorse che si erano create a causa della guerra. Un concetto su cui il TPS si basa fedelmente è "usa meno di tutto", da questo slogan prendono forma tutti e 5 i principi guida del Lean Thinking:

- 1. Valore (Value).** Il punto di partenza è sempre la definizione del valore secondo la prospettiva del cliente. Valore è solo quello che il cliente è disposto a pagare; tutto il resto è spreco, e va eliminato;
- 2. Mappatura (Mapping).** Per eliminare gli sprechi occorre "mappare" il flusso del valore, ovvero delineare tutte le attività in cui si articola il processo operativo distinguendo tra quelle a valore aggiunto e quelle non a valore aggiunto;
- 3. Flusso (Flow).** Il processo di creazione del valore è visto come un flusso, che deve scorrere in modo continuo, con relativa riduzione dei tempi di attraversamento (lead time) del materiale;
- 4. Produzione "tirata" (Pull).** Soddisfare il cliente significa produrre solo quello che vuole, solo quando lo vuole e solo quanto ne vuole. La produzione è così "tirata" dal cliente, anziché "spinta" da chi produce;
- 5. Perfezione (Perfection).** La perfezione è il punto di riferimento a cui si deve tendere senza fine attraverso il miglioramento continuo, e corrisponde alla completa

---

<sup>10</sup> Womack J. P., Jones T. D., Ross D., The machine that changed the world. New York: Free Press; 1990.

eliminazione degli sprechi. È spreco tutto ciò che consuma risorse, in termini di costo e tempo, senza però creare valore per il cliente.<sup>11</sup>

Per mettere in pratica questi principi esistono diversi strumenti e tecniche, un esempio è la metodologia 5 S, attuabile da chiunque e in qualsiasi ambito lavorativo, composta da cinque parole giapponesi che ricordano gli accorgimenti da seguire:

1. **Seiri - separare:** separa ciò che ti serve da ciò che non è funzionale all'attività e quindi crea disturbo e disordine, quindi spreco di tempo o di risorse;
2. **Seiton - riordinare:** metti a posto tutto quello che è utile, il vecchio motto "ogni cosa al suo posto e un posto per ogni cosa";
3. **Seiso - pulire:** tieni tale ordine costante e pulisci, un ambiente pulito ed ordinato è un ambiente che "non nasconde" le inefficienze;
4. **Seiketsu - sistematizzare o standardizzare:** definisci delle metodologie ripetitive e canonizzate da utilizzare per continuare queste attività di razionalizzazione delle risorse e degli spazi lavorativi;
5. **Shitsuke - diffondere o sostenere:** fai che questo modo di pensare ed agire sia pervasivo per tutte le attività aziendali.<sup>12</sup>

Risultato imprescindibile di questa filosofia, è la ricerca del miglioramento continuo, chiamato nella cultura giapponese “Kaizen” (kai “significa” cambiamento e zen significa “migliore”, coniugate insieme indicano “cambiare in meglio” ossia migliorarsi sempre) attraverso l’eliminazione degli sprechi chiamati “muda”, dei sovraccarichi “muri” e delle inconsistenze “mura”, identificati nelle seguenti forme: sovrapproduzione, difetti, movimenti, trasporti, scorta, attese.

### 2.3 Il Lean Thinking in Sanità e in Italia

Il Lean Thinking nato inizialmente per aiutare le aziende manifatturiere nella riduzione degli sprechi, ha trovato applicabilità in molti ambiti lavorativi sottoforma di Lean Production, Lean Management, Lean Organization fino a giungere anche in sanità con il nome di Lean Healthcare. La filosofia Lean è stata sperimentata in sanità per la prima volta negli Stati Uniti durante gli anni 50’ attraverso il modello organizzativo

---

<sup>11</sup> Times R. Le Aziende sanitarie organizzate secondo il metodo LEAN | Nurse Times [Internet]. Nurse Times. 24 novembre 2017. Available from: <https://www.nursetimes.org/le-aziende-sanitarie-organizzate-secondo-il-metodo-lean/41716>

<sup>12</sup> 5S (metodologia) [Internet]. It.wikipedia.org. Available from: [https://it.wikipedia.org/wiki/5S\\_\(metodologia\)](https://it.wikipedia.org/wiki/5S_(metodologia))

Progressive Patient Care (PPC). Raven<sup>13</sup> definisce il PPC *“il raggruppamento sistematico dei pazienti in base al loro grado di malattia e dipendenza assistenziale”*. Si tratta di un’organizzazione ospedaliera che si articola in cinque aree di cure, ciascuna ha caratteristiche precise e ad esse vanno assegnati pazienti con bisogni assistenziali specifici, ovvero: Intensive Care, Intermediate Care, Self-care, Long Term Care e Organized Home Care<sup>14</sup>. In particolare, l’approccio prevede nuove forme di aggregazione dei pazienti e l’organizzazione dei processi di assistenza al paziente attorno al loro livello di criticità delle condizioni e all’intensità dell’assistenza infermieristica necessaria per affrontarle<sup>15</sup>. Seguendo questo sistema si sono mosse diverse regioni cercando di contestualizzare il Progressive Patient Care nelle realtà italiana, dando il via a molti progetti di riorganizzazione ospedaliera secondo intensità di cura e complessità assistenziale.

La prima Regione italiana ad introdurre questa filosofia è stata la Toscana attraverso le Leggi Regionali n. 22 del 8 marzo 2000 e la successiva n. 40 del 24 febbraio 2005 che provvedono alla strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo:

- le modalità assistenziali,
- l’intensità delle cure,
- la durata della degenza e il regime di ricovero,

Superando gradualmente l’articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica<sup>16</sup>.

---

<sup>13</sup> Raven R. W., Progressive patient care. British Medical Journal. 1962;1(5270):43–44.

<sup>14</sup> Guarinoni M.G., Motta P.C., Petrucci C., Lancia L., Progressive Patient Care Model and its application into hospital organization: a narrative review. Professioni Infermieristiche 2013;66:205-14.

<sup>15</sup> Cicchetti A, Gabutti I., Innovare o perire: le sfide organizzative nel “Teatro delle Cure”, Prospettive in organizzazione; 2017.

<sup>16</sup> L.R. 24 febbraio 2005, n. 40, “Disciplina del servizio sanitario regionale.”

## **CAPITOLO 3**

### **IL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA E COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE**

#### **3.1 Il nuovo “modello”**

Il Servizio Sanitario Nazionale, come già anticipato nel capitolo precedente, è stato ed è tutt'ora protagonista di innumerevoli cambiamenti, che hanno coinvolto fattori interni ed esterni all'ospedale. L'invecchiamento demografico che ha portato alla nascita dell'“anziano fragile”, correlato alla carenza dei posti letto ospedalieri, insieme all'introduzione di nuove tecnologie, al processo di professionalizzazione di molte discipline sanitarie e alla trasformazione delle richieste di salute della società hanno condotto ad un'evoluzione della domanda assistenziale. In questo contesto si aggiunge anche la necessità di una corretta gestione delle risorse per ridurre i costi e gli sprechi. In sintesi, quello che si chiede, è una rivisitazione del ruolo dell'ospedale che deve essere preparato a gestire tutte queste priorità, assicurando una completa presa in carico del paziente, dall'ingresso in ospedale sino al ritorno al domicilio. Ma come riuscire a far fronte adeguatamente a queste difficoltà? La soluzione si chiama Ospedale per Intensità di Cura.

L'Ospedale per Intensità di Cura (OIC) è una filosofia organizzativa che si pone l'obiettivo di sopprimere le attuali criticità del Sistema Sanitario Nazionale. Come già anticipato, il “nuovo” modello trova ispirazione dal Progressive Patient Care, sviluppatosi precedentemente negli Stati Uniti. L'OIC supera i tradizionali “reparti”, dove i pazienti vengono assegnati in base alla specialità medica; mira invece a pianificare delle aree, chiamate “piattaforme logistiche di ricovero”, nelle quali vengono inseriti secondo il livello di cura necessario mediante la misurazione con appositi strumenti dell'intensità clinica e della complessità assistenziale, due parametri interconnessi tra loro ma non sovrapponibili. All'interno delle aree di cura sono, quindi, raggruppati pazienti che sono seguiti da equipe mediche di diverse discipline; facendo un esempio, potremo trovare nella stessa area un paziente operato di lobectomia polmonare e un paziente operato di aneurisma addominale dell'aorta, che hanno necessità di un'assidua sorveglianza infermieristica e anche di pratiche assistenziali frequenti come il monitoraggio dei drenaggi o l'assistenza respiratoria. Il discorso è lo stesso per i pazienti con una minore necessità assistenziale e che possono essere seguiti

nella medesima area perché le pratiche infermieristiche sono simili<sup>17</sup>. Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi la similarità dei bisogni e dell'intensità di cure richieste piuttosto che la contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica. Questo tipo di organizzazione può essere applicata anche a singole unità operative o singoli dipartimenti, dal momento che una riprogettazione intera dell'ospedale richiede più costi.

Attualmente, negli ospedali dove resistono ancora le tradizionali “unità operative”, il processo di cura dei pazienti è frammentato e non fluido. Un esempio pratico è il percorso di cura di un paziente chirurgico che dovrà muoversi da una parte all'altra dell'ospedale per fare: accettazione, visita medica, esami strumentali, visita anestesiologicala e in seguito all'intervento, i vari controlli. Come già preannunciato, il modello per intensità si ispira al Toyota Production System, il quale riconosce tutte le attività come linee di produzione perseguite senza interruzioni inutili. La stessa cosa deve accadere nei nuovi setting assistenziali dove il paziente deve seguire un “*flusso*” che lo porta da un livello assistenziale all'altro, dall'interno dell'ospedale, fino a strutture esterne o addirittura a casa, evitando le riospedalizzazioni attraverso percorsi di cura continui e protratti nel territorio. Tale meccanismo prende il nome di “*patient flow*”. L'introduzione di questi concetti porta ad avere una nuova visione centrale del paziente e dei suoi bisogni a cui ruota intorno l'intero ospedale. Ora sono i vari professionisti che si recano dal paziente e non più il paziente che si reca dai vari professionisti. Oltre a migliorare la gestione delle risorse e le attività assistenziali, questa nuova organizzazione consente al medico di concentrarsi sulle proprie competenze distintive e di esercitarle nelle diverse piattaforme logistiche di ricovero, ovunque siano i pazienti di cui ha la responsabilità clinica o alla cui cura concorre; al tempo stesso consente all'infermiere di valorizzare appieno le proprie competenze professionali e il proprio ruolo<sup>18</sup>.

### **3.2 L'intensità clinica**

Per intensità clinica si intende il complesso di valutazioni di parametri fisiologici che determinano il grado di instabilità clinica richiesta dal paziente, attraverso la somministrazione di uno strumento appropriato. Nati sulla base del EWS (Early Warning Score), una scala di controllo dei parametri vitali, nel corso degli anni, sono

---

<sup>17</sup> Assistenza ospedaliera per intensità di cura. Salute, Emilia-Romagna, 14 aprile 2016. Available from: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura>

<sup>18</sup> Convegno nazionale “Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura. Confronti nazionali e internazionali” - Bologna, Palazzo della cultura e dei congressi, 29-30 marzo 2012

stati diversi gli score creati e poi utilizzati per l'identificazione dell'intensità clinica soprattutto di matrice prevalentemente americana ed inglese. In ambito italiano sono state condotte molteplici sperimentazioni per valutare quale fosse il più valido, tra i più studiati (tabella 1)<sup>19</sup>:

Nome strumento	Nazione	Anno
<b>CIRS (Cumulative Illness Rating Scale)</b>	USA	Fine anni '70
<b>KPS (Karnofsky Performance Scale)</b>	USA	Primi anni '80
<b>MEWS (Modified Early Warning Score)</b>	UK	99/00
<b>NEWS (National Early Warning Score)</b>	UK	2007
<b>ViEWS (Vital-PAC Early Warning Score)</b>	UK	2007

(Tabella 1)

In questa tesi è stato deciso di prendere in considerazione e descrivere dettagliatamente soltanto lo score NEWS. Diversi studi britannici condotti dall'agenzia sanitaria NCEPOD (National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death) mostrarono la necessità di un sistema di allarme uniformabile a tutti i contesti sanitari e che consentisse di intervenire precocemente per la prevenzione delle complicanze. A tal punto il Royal College of Physicians<sup>20</sup> nel 2012 produsse la versione finale del EWS ad ora tra i più utilizzati denominato NEWS (National Early Warning Score). Il NEWS prevede la misurazione di 6 parametri fisiologici: saturazione d'ossigeno; frequenza cardiaca; frequenza respiratoria; temperatura corporea; pressione sistolica; stato di coscienza; a ciascun parametro vengono attribuiti dei valori numerici che saranno poi sommati per ottenere il punteggio finale a cui, nel caso di ossigenoterapia, dovrà essere aggiunto il punteggio di 2. Il punteggio NEWS fornisce 3 livelli di allerta clinica:

- Basso: con un punteggio da 0 a 4 è sufficiente la valutazione del personale infermieristico cui compete di valutare se sia necessaria una frequenza maggiore di controlli e/o un intervento clinico supplementare.
- Medio: con un punteggio da 5 a 6 è necessaria la valutazione medica urgente (per eventuale modificazione della cura o affidamento a un reparto intensivo);

<sup>19</sup> Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. DGSPS, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2015.

<sup>20</sup> Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. July 2012

- Alto: con un punteggio  $\geq 7$  è da considerarsi un'emergenza, può essere necessaria una competenza rianimatoria e l'eventuale trasferimento a una sezione di degenza subintensiva o intensiva.

La regione Toscana è stata la prima ad introdurre questo sistema attraverso la traduzione del documento originale del NEWS, sviluppato dal Royal College of Physicians, producendo delle Linee Guida Regionali<sup>21</sup> per aiutare ad implementare questo score all'interno del modello per intensità di cura.

### 3.3 La complessità assistenziale

*“La complessità assistenziale è l'insieme di interventi infermieristici espressi in termini di intensità di impegno e qualità del lavoro dell'infermiere”<sup>22</sup>.*

Come per l'intensità clinica anche per la complessità assistenziale emerge l'esigenza di uno strumento affidabile che misurasse il carico di lavoro e la qualità infermieristica percepita, con il fine di collocare nei setting adeguati gli utenti. In Italia sono stati inventati e poi sperimentati i seguenti strumenti (tabella 2)<sup>18</sup>:

<b>Nome strumento</b>	<b>Nazione</b>	<b>Anno</b>
<b>ASGO (Accertamento Stato Generale per Ospedalizzato)</b>	Italia	Fine anni '90
<b>ICA (Indice di Complessità Assistenziale)</b>	Italia	Fine anni '99
<b>SIPI (Sistema Informativo della Performance Infermieristica)</b>	Italia	02/03
<b>Tri-Co (Triage di Corridoio)</b>	Italia	2006
<b>MAP (Metodo Assistenziale Professionalizzante)</b>	Italia	2007
<b>IIA (Indice di Intensità Assistenziale)</b>	Italia	2008
<b>Persiceto's score</b>	Italia	2010
<b>Per.V.In.CA (Percorso Valutazione Infermieristica Complessità Assistenziale)</b>	Italia	2012

(Tabella 2)

<sup>21</sup> Consiglio Sanitario Regionale – Regione Toscana. National Early Warning Score (NEWS): misurazione standardizzata della gravità della malattia. Documento Regionale di Indirizzo n.24, 2014.

<sup>22</sup> Moiset C, Vanzetta M, Valicella F. Misurare l'assistenza: un modello di sistema informativo delle performance. Milano, Mc Graw Hill. 2003

Anche in questo caso è stato deciso di descrivere più dettagliatamente soltanto l'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), sviluppato da Bruno Cavaliere<sup>23</sup>. Si tratta di un sistema integrato multidimensionale capace di rispondere efficacemente al problema della misurazione della complessità assistenziale intesa come: classe di gravità dell'utente (problema di salute), complessità dell'offerta assistenziale (obiettivi e interventi di cura) e grado di "criticità" organizzativa" (risorse necessarie e tipologia degli interventi). L'ICA, si basa sul modello di Marisa Cantarelli<sup>24</sup>, composto da undici prestazioni infermieristiche ovvero delle azioni coordinate volte a soddisfare uno specifico bisogno del paziente.

Le 11 prestazioni assistenziali sono:

1. assicurare la respirazione;
2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione;
3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale;
4. assicurare l'igiene;
5. assicurare il movimento;
6. assicurare il riposo e il sonno;
7. assicurare la funzione cardiocircolatoria;
8. assicurare un ambiente sicuro;
9. assicurare l'interazione nella comunicazione;
10. applicare le procedure terapeutiche;
11. eseguire le procedure diagnostiche.

Dove le prime 9 prestazioni sono di totale responsabilità infermieristica mentre nelle ultime 2 l'infermiere riveste un ruolo collaborativo con il medico. Per ogni prestazione sono stati classificati cinque livelli di complessità assistenziale che definiscono la finalità e a cui corrisponde un punteggio. I cinque livelli di complessità sono:

- Indirizzare: (punteggio 1) orientare in funzione di un esplicito e conveniente criterio di scelta. L'azione di indirizzo si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze, sa in grado di soddisfare i propri bisogni;

---

<sup>23</sup> Cavaliere B., Snaidero D., Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico*, 1999, 1: 32-36

<sup>24</sup> Cantarelli M., Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson; 1996.

- Guidare: (punteggio 2) sorreggere la scelta con un intervento teorico e/o pratico. L'azione di guida si fonda sul presupposto che la persona, compiute le scelte ed acquisite specifiche abilità, sia in grado di agire efficacemente per soddisfare propri bisogni;
- Sostenere: (punteggio 3) contribuire al mantenimento di una condizione di relativa stabilità e sicurezza. L'azione di sostegno si fonda sul presupposto che la persona, messa in condizione di poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno;
- Compensare: (punteggio 4) intervento per ristabilire un equilibrio precedente tramite una parziale sostituzione. L'azione di compensazione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi assistenziali di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno;
- Sostituire: (punteggio 5) espletare completamente una o più funzioni di una persona in sua vece. L'azione di sostituzione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi assistenziali di totale sostituzione che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere.

Tale misurazione consiste nel riportare, nella griglia di rilevazione ICA, per ogni prestazione il numero di malati che presenta lo stato di bisogno al quale ogni livello si riferisce. Per ottenere il "Numero Indice" si calcola il prodotto del numero dei malati per il livello di complessità. A seguire dal rapporto numero indice/numero malati si ottiene la "media ponderata" che rappresenta il valore statistico della complessità assistenziale misurata in una certa unità, dipartimento o struttura. Quest'ultimo dato ci consente il calcolo dello scarto, risultante dalla somma algebrica dell'Indice di Complessità Assistenziale con la Media Ponderata; scarto che indica il "Peso" con cui può essere misurata la maggiore o minore complessità assistenziale delle UU.OO. indagate. Dal valore ottenuto si possono individuare cinque classi di gravità (tabella 3)<sup>25</sup>. L'ICA durante gli anni è incorso a diversi miglioramenti, nato principalmente per la professione infermieristica, ha trovato impiego anche per le altre discipline sanitarie. Dal 2009 è disponibile una versione informatizzata chiamata ICACode.

---

<sup>25</sup> Cavaliere, Bruno. (2012). Economia e Management. Sanità pubblica.

Classe	Gravità	Intervallo
1°	Molto lieve	0-11
2°	Lieve	12-22
3°	Moderata	23-33
4°	Grave	34-44
5°	Molto grave	45-55 <sup>4</sup>

(tabella 3)

### 3.4 I livelli di cura

Attraverso la valutazione dell'intensità clinica e della complessità assistenziale vengono individuati 3 piattaforme logistiche di degenza a ciclo continuo:

- **1° Livello** → Deve essere centralizzato, polivalente e curare la reale instabilità clinica; l'accesso a questo livello è caratterizzato dalla instabilità del paziente e deve avvenire in una logica di appropriatezza; comprende le terapie intensive e sub intensive;
- **2° Livello** → Costituito dalle degenze ad alto grado di assistenza di breve durata, nel quale confluisce gran parte della casistica, è caratterizzato da una elevata variabilità della complessità medica ed infermieristica; comprende le degenze ordinarie, degenze chirurgiche (week surgery, one day surgery), degenze mediche e degenze materno infantile.
- **3° Livello** → E' invece dedicato alla cura delle post-acuzie. Fanno parte di questo livello le degenze a basso grado di assistenza. E' da ritenere che la low care identifichi un'area in cui vengono accolti pazienti con pluripatologie, che necessitano ancora di assistenza sanitaria, ma non ad alto contenuto tecnologico ed ad alta intensività assistenziale.<sup>26</sup>

In linea generale il modello per intensità presenta questi tre setting che possono però variare secondo le scelte politiche interne dell'azienda che può decidere di avere anche fino a cinque livelli (ad esempio bassa intensità, medio-bassa, medio, medio-alta, alta). A completare la struttura fisica del nuovo modello ci sono l'area a ciclo diurno

<sup>26</sup> Iemmi M., Il modello per intensità di cura e complessità assistenziale: il punto di vista della DPS, azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Arcispedale S.Maria Nuova, 21 maggio 2012.

composta da day hospital, day surgery, day service, e l'area delle attività ambulatoriali chiamata outpatient, dove grazie allo sviluppo delle tecnologie diagnostiche e terapeutiche, stanno acquisendo la possibilità di erogare prestazioni svolte un tempo in regime di ricovero. Un ruolo fondamentale è ricoperto dal Dipartimento di Emergenza/Urgenza che svolge la funzione di filtro e prevede alla razionale allocazione dei pazienti nei livelli richiesti. Il suo ruolo di filtro agisce in tutte le direzioni: ricovero nel livello e nell'area appropriata, ritorno a casa anche dopo Osservazione Breve, presa in carico nell'area ambulatoriale e del day service sia con un sentiero immediato e veloce, sia come continuità con un periodo di permanenza breve<sup>27</sup>.

### **3.5 L'organizzazione del lavoro infermieristico.**

Il modello per intensità impone una nuova forma mentis dove si deve pensare, pianificare e agire mantenendo come punto fermo da dover perseguire la centralità del paziente. Questo viene consentito mediante l'organizzazione del lavoro in "cellule". La cellula, in biologia è l'unità fondamentale degli organismi viventi, nel nuovo "ospedale" la cellula è l'unità produttiva delimitata all'interno del reparto, dove vengono collocati un alto numero di malati con bisogni simili e non più per discipline specialistiche. Un team multiprofessionale lavora in interdipendenza per prendersi in carico in tutta la sua totalità del paziente attraverso percorsi assistenziali personalizzati. L'assistenza infermieristica nella cellula viene coordinata dall'infermiere di processo, che redige il piano di assistenza e garantisce il "flusso" dall'ammissione alla dimissione e dall'infermiere di cellula, figura che attua in prima persona il piano di cura. All'interno della cellula i sistemi di erogazione dell'assistenza infermieristica sono orientati sull'obiettivo, ovvero il paziente. Neisner et al<sup>28</sup> ha individuato questi modelli che attualmente possono trovare utilizzo nell'ospedale per intensità e complessità di cura:

- **Team Nursing:** chiamato in Italia "modello per piccola équipe", nasce durante gli anni 40' per affrontare la carenza di infermieri dovuto alla Seconda Guerra Mondiale. Il Team Nursing viene ideato sulla base di un team composto da un complesso di operatori sanitari dedicati all'assistenza del paziente, con un team leader responsabile dell'équipe, pronto a coordinare, pianificare, dirigere e controllare tutte le attività. Questo modello pone al centro il paziente e le sue

---

<sup>27</sup> Croce D., Complessità assistenziale ed intensità di cura: opportunità o minacce per l'organizzazione dell'attività assistenziale? 15 novembre 2012.

<sup>28</sup> Neisner J, Brian R. Nurse staffing and care delivery models: a review of the evidence. Kaiser Permanent Institute for Health Policy, 2002.

esigenze a cui lavorano intorno i vari componenti dell'equipe sostenendo una continuità assistenziale personalizzata e qualitativa;

- **Primary nursing:** nasce a fine anni 60' inizio anni 70' negli USA per reprimere l'esigenza di far riconoscere l'autonomia e la responsabilità degli infermieri da parte dei pazienti e dei loro famigliari. E' un sistema di erogazione dell'assistenza che si focalizza sulla relazione paziente-infermiere dove quest'ultimo diviene una figura di riferimento per un numero di pazienti di cui si prende cura globalmente, dall'ammissione fino alla dimissione. L'infermiere referente pianifica ed eroga le attività assistenziali e quando non è di turno, gli altri infermieri seguono le indicazioni del piano già prestabilito dal primary nurse. Questo sistema di organizzazione del lavoro infermieristico sostiene la pianificazione assistenziale con gli altri specialisti, essenziale in un sistema di erogazione dell'assistenza basato sul lavoro di team e si oppone alla centralizzazione del sistema decisionale, contribuendo alla diffusione della delega. Vengono messi in risalto responsabilità, autonomia e professionalità dell'infermiere strettamente correlati alla presa in carico della persona assistita<sup>29</sup>;
- **Patient focused nursing:** nasce negli anni 90' durante l'era di riprogettazione degli ospedali. L'obiettivo è quello di raggruppare i pazienti per gruppi omogenei, strutturare servizi in grado di dare risposte efficaci, decentrare le cure, delegare agli operatori le scelte e garantire continuità nell'assistenza. Questo modello è stato disegnato per migliorare la qualità dell'assistenza, creare un ambiente di lavoro attraente e che favorisca la permanenza degli operatori, e ridurre i costi<sup>30</sup>. Difatti, il modello per intensità viene elaborato sulla base di queste idee.

### 3.6 Un punto di riferimento per il paziente

Un concetto che sin da subito deve rimanere impresso nell'OIC è la differenza tra i due termini anglosassoni "to cure" e "to care". Due parole foneticamente quasi identiche, con significati diversi, ma appartenenti alla stessa medaglia. "To cure" significa "curare" nel senso di malattia organica, invece "to care" significa "prendersi cura" in modo olistico della persona: saper accogliere, intrattenersi, ascoltare, risolvere i

---

<sup>29</sup> 5. L'applicazione del "Primary Nursing" in ospedale [Internet]. Salute Regione Emilia-Romagna. 2015. Available from: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/ausl-fe/l2019applicazione-del-2019primary-nursing201d-all2019ausl-di-ferrara>

<sup>30</sup> Barelli P., Pallaoro G., Perli S., Strimmer S., Zattoni M.L., Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza infermieristica e ricerca, 2006, 25(1): 35-41.

problemi e garantire un ambiente sicuro. E' questo il paradigma che deve risuonare all'interno della nuova organizzazione. Proprio per prendersi cura del paziente l'OIC presuppone due figure inedite: l'infermiere referente e il medico tutor. L'infermiere referente, chiamato anche "process owner" (titolare del processo) o case manager, è quella figura che si profila come il garante del patient flow (flusso dei pazienti); si fa carico del paziente all'ingresso; redige il piano di assistenza; segue il percorso del paziente fino alla dimissione garantendo il "flusso"; collabora con il medico tutor; partecipa all'erogazione dell'assistenza in maniera indiretta; assicura il ciclo di servizio nell'orario diurno e quando è assente delega il programma agli altri infermieri che erogano le prestazioni garantendo la continuità assistenziale. Il medico tutor, invece, prende in carico il paziente quanto prima (entro 24h) dall'accettazione. Esso diventa un punto di riferimento informativo per il paziente e la sua famiglia; si interfaccia con il medico di medicina generale; si configura con gli altri professionisti (specialisti e consulenti) per il gruppo di pazienti che gli è stato assegnato nell'ambito del dipartimento; garantisce la fluidità dell'intero percorso diagnostico-terapeutico fino alla gestione della dimissione; collabora con l'infermiere referente e segue il percorso del paziente anche durante il trasferimento in altre aree<sup>31</sup>.

### **3.7 Le opportunità per l'infermiere**

La professione infermieristica ha subito, soprattutto durante gli ultimi anni, un'evoluzione normativa e formativa che gli ha permesso di arricchire la sua figura con nuove competenze, conoscenze ed esperienze. I progressi però non si fermano, il futuro con le sue innovazioni sono imminenti e l'infermiere deve essere pronto ad accoglierle. Il modello per intensità di cura è un'opportunità di crescita professionale per gli infermieri che si trovano a valorizzare le loro funzioni collaborando in maniera attiva, in un rapporto di interdipendenza, con un team multi - professionale. L'impostazione della nuova visione orizzontale (per aree omogenee) e non più verticale (organizzata sulla base delle specializzazioni mediche) ha innescato meccanismi che hanno portato allo sviluppo di ruoli, figure, strumenti e modelli organizzativi di tipo prettamente infermieristico che predicono un'ascesa imminente della professione. Lo studio NURSE

---

<sup>31</sup> 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 Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa

presentato dal CERISMAS, il Centro ricerche e studi in management sanitario dell'Università Cattolica, ha individuato i nuovi ruoli dell'infermiere:

- **Discharge manager:** è un infermiere il cui ruolo è di gestire, fin dall'accesso, il momento della dimissione del paziente (a casa, in un'altra struttura, in un altro ospedale), svolgendo la sua attività in stretto contatto con il team medico, con il paziente e la sua famiglia;
- **Care manager** (chronic care model CCM): è la figura infermieristica con ruolo di collegamento: si configura come il "process owner" e il facilitatore di un percorso che avviene tra le strutture ospedaliere, le strutture territoriali, i medici di famiglia e tutti gli attori del CCM; è un importante ruolo "cerniera" tra l'ospedale e il territorio;
- **Research manager**, o research nurse: è dedicato allo sviluppo delle attività di ricerca clinica e alla gestione del percorso del paziente inserito all'interno di un trial clinico;
- **risk manager:** profilo infermieristico dedicato alla gestione degli strumenti per la prevenzione e il monitoraggio degli errori in medicina all'interno della struttura ospedaliera in stretto contatto con le altre funzioni di governo clinico;
- **Manager di piattaforma** è l'evoluzione del coordinatore infermieristico del blocco operatorio o del dipartimento di diagnostica per immagini (manager di piattaforma tecnologica), e del responsabile infermieristico di dipartimento o del coordinatore infermieristico in un reparto tradizionale (manager di piattaforma logistica). Ha un profilo di coordinamento ed è orientato alla programmazione delle attività e alla gestione delle risorse tecnologiche ed umane.

Tra i manager di piattaforma è possibile annoverare figure specifiche quali:

- **manager infermieristico di dipartimento**, ruolo di staff rispetto al direttore di dipartimento, assume la responsabilità di coordinare e allocare le risorse umane e le altre risorse (es. letti); assegna il personale infermieristico e di supporto in base all'intensità di cura e alla complessità assistenziale delle persone assistite all'interno dei vari moduli; gestisce i processi di supporto di base alle esigenze del processo primario di cura e assistenza, con particolare attenzione al flusso e al sincronismo dell'attività;

- **manager della preospedalizzazione**, coordina le risorse infermieristiche gestendo il flusso dei pazienti nella fase di indagine diagnostica prericovero ottimizzando l'uso di risorse tecnologiche importanti in tempi ben definiti e con obiettivi di produttività (pazienti per mattinata).
- **bed manager**, nella nuova organizzazione è una figura essenziale per il monitoraggio e per il corretto utilizzo dei posti letto che gestisce attraverso la coniugazione delle sue competenze cliniche e logistiche; collabora con il medico tutor e l'infermiere di processo, con il quale ottimizza il flusso dei pazienti; mette in comunicazione le diverse parti dell'ospedale<sup>32</sup>.

### 3.8 Il territorio

Un altro caposaldo dell'OIC è la riorganizzazione del territorio. Come già accennato, il prolungamento dell'aspettativa di vita è direttamente proporzionale all'aumento delle patologie cronico – degenerative che, oltre ad un aumento dei disagi familiari nella gestione della persona dopo le dimissioni, sono considerate la spesa più importante del SSN. Quello che da anni i cittadini chiedono alla sanità è di aprirsi alla comunità sociale, garantendo una migliore integrazione tra l'ospedale e il territorio come unico fine “la presa in carico dell'utente” e il mantenimento della continuità assistenziale per le situazioni di cronicità e maggior fragilità. L'OIC si caratterizza come luogo di cure delle acuzie ma che può funzionare soltanto in presenza di un territorio in grado di gestire la cronicità con percorsi assistenziali specifici, costruiti insieme ai colleghi che lavorano in ospedale (medici e infermieri). L'implementazione di servizi territoriali per i malati cronici può realmente ridurre la necessità di ricoveri ospedalieri<sup>33</sup>. La riconfigurazione della rete territoriale prevede:

1. Consolidare la capacità di filtro verso l'accesso all'Ospedale creando nuovi Punti di primo soccorso;
2. Supportare la fase della dimissione e la continuità assistenziale implementando le strutture di cure intermedie e l'assistenza infermieristica domiciliare;
3. Gestire i malati cronici “fuori dall'ospedale”, in un approccio di:

---

<sup>32</sup> Federazione italiana Collegi Ipasvi. Cerismas, studio NURSE sull'identikit dei nuovi manager infermieristici: Silvestro (senatore e presidente Federazione Ipasvi): “La ricerca conferma l'evoluzione delle nostre competenze”. Roma, 2015.

<sup>33</sup> Documento delle società scientifiche di area medica e chirurgica. Ospedalizzazione per intensità di cure. Toscana medica 2008; 2:24-6.

3.1 Medicina d'iniziativa: il medico si prende cura dei cittadini in maniera proattiva, ovvero li educa nella prevenzione delle patologie sottoponendoli a vari controlli.

3.2 Disease management: è uno modello organizzativo per la gestione delle patologie croniche, dove più professionisti (MMG, medico specialista, infermiere DM) collaborano per definire il percorso di cura con l'obiettivo di migliorare l'assistenza clinica.

Anche per il territorio, lo studio NURSE condotto dal CERISMAS, ha individuato i nuovi ruoli infermieristici:

- **Community matron:** si tratta di un ruolo infermieristico di coordinamento per le attività assistenziali a livello territoriale e domiciliare; questi ruoli hanno la responsabilità su gruppi di pazienti (circa 50) e la loro missione è la riduzione delle ospedalizzazioni evitabili; pur avendo avuto una maggiore presenza negli ospedali nel sistema inglese, recentemente essi hanno trovato diffusione anche nell'ambito territoriale;
- **Care manager:** in genere dipendono da una matron e svolgono un compito di assistenza nelle strutture territoriali e a domicilio, attivando i servizi necessari alla gestione del paziente;
- **Discharge manager:** come per l'ospedale è un infermiere il cui ruolo è di gestire, fin dall'accesso, il momento della dimissione del paziente (a casa, in un'altra struttura, in un altro ospedale), svolgendo la sua attività in stretto contatto con il team medico, con il paziente e la sua famiglia;
- **Chronic care manager:** anche in questo caso come per l'ospedale è una figura infermieristica con ruolo di collegamento che si configura come "process owner" e facilitatore di un percorso che avviene tra le strutture ospedaliere, le strutture territoriali e, sul territorio, tra i medici di famiglia e tutti gli attori che prendono parte al CCM.

### 3.9 Gli strumenti di sostegno

Le difficoltà sono all'ordine del giorno e i professionisti della salute non ne sono immuni, anzi; molto spesso esiti sterili sono il risultato di asperità tra gli operatori come la comunicazione inefficace, il conflitto dei ruoli, gli obiettivi diversi e l'assenza di protocolli e procedure. Il modello per intensità e complessità di cure aspira a superare

queste criticità attraverso la diffusione di nuove tecniche e strumenti operativi innovativi, diversi tra questi introdotti dal lean thinking, in grado di migliorare il lavoro e la collaborazione dell'equipe sanitaria.

- **I percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA)** sono interventi complessi basati sulle migliori evidenze scientifiche e caratterizzati dall'organizzazione del processo di assistenza per gruppi specifici di pazienti, attraverso il coordinamento e l'attuazione di attività consequenziali standardizzate da parte di un team multidisciplinare. Da diversi anni, i PDTA vengono utilizzati per migliorare la qualità ed efficienza delle cure, ridurre la variabilità nelle cure e garantire cure appropriate al maggior numero di pazienti in uno sfondo di risorse limitate. Inoltre, i PDTA assicurano i flussi logistici dei pazienti e puntano ad un miglioramento continuo (kaizen) dei percorsi di cura.<sup>34</sup>
- **Cartella clinica integrata informatizzata** è il principale strumento di integrazione professionale, comune tra le varie figure professionali che intervengono sul paziente e che lo accompagnerà in tutte le fasi dell'intensità di cura. Migliora il livello di comunicazione; promuove la condivisione delle informazioni all'interno del gruppo di lavoro; descrive tutto il processo del paziente, dall'ammissione alla dimissione. Per garantire una presa in carico globale e un approccio uniforme, la struttura prevede una parte medica, orientata alla patologia, ed una parte infermieristica orientata alle principali problematiche, o meglio ai bisogni del paziente<sup>25</sup>.
- **Il Briefing**, dall'inglese "riunione", è una tecnica di comunicazione efficace con lo scopo di creare un modello mentale condiviso in relazione alle attività assistenziali dedicate ad uno specifico paziente. Favorisce l'interazione del team, garantendo che gli operatori abbiano una chiara idea di quello che sta accadendo durante un processo, individuando i rischi e un piano contingente. Il Briefing supera il concetto tradizionale di "giro-visita" e vi partecipano in prima linea il medico tutor e l'infermiere referente insieme agli altri operatori sanitari che lavorano attorno al paziente. Della stessa valenza è il Debriefing, un confronto che viene effettuato su quanto è successo dopo che le attività prestabilite sono state portate a termine.

---

<sup>34</sup> 6. Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) — E-R Agenzia sanitaria e sociale regionale [Internet]. Assr.regione.emilia-romagna.it. 26 ottobre 2016. Available from: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/it/ricerca-innovazione/PDTA>

L'obiettivo è quello di far emergere quanto si è appreso per rincorrere il miglioramento continuo<sup>35</sup>.

- Il **Visual Management** è una tecnica introdotta dal lean thinking, che sta per “amministrazione visiva”. Si presenta come una tabella grafica dove sono descritte le informazioni dei pazienti: i dati anagrafici, il livello d'intensità e complessità assistenziale, la specialità medica, il nome dell'infermiere referente, nome del medico tutor e se già definite le probabili dimissioni. Permette in maniera celere di individuare i dati necessari per lo svolgimento del processo.
- **La Reception di piattaforma**: Raven et al nell'articolo Progressive Patient Care ribadiva “*E' essenziale sollevare gli infermieri da tutti i compiti non infermieristici che possono essere eseguiti da altri*”. Per questo motivo, la struttura dell'ospedale per intensità di cura avanza l'introduzione della reception di piattaforma nei vari livelli. E' un'area collocata all'ingresso del reparto incaricata di svolgere tutto il lavoro amministrativo riconsegnando agli operatori sanitari tempo da reimpiegare in attività assistenziali.

---

<sup>35</sup> Lenzi L., Postal N., Corso Fadoi Animo: come comunicare nella Medicina della complessità - L'incrocio dei saperi e dei ruoli:-Comunicazione-Teamwork-Briefing debriefing ward round. Torino 2015. Available from:  
[https://www.associazioneanimo.it/phocadownload/2015/maggio/congresso\\_nazionale\\_2015/09052015/09052015\\_11.pdf](https://www.associazioneanimo.it/phocadownload/2015/maggio/congresso_nazionale_2015/09052015/09052015_11.pdf)

## CAPITOLO 4

### REVISIONE DELLA LETTERATURA: I RISULTATI ITALIANI DEL MODELLO PER INTENSITÀ DI CURA

#### 4.1 Materiali e metodi

**Obiettivo.** L'obiettivo dello studio è di indagare in letteratura sull'attuale resoconto dei risultati e degli effetti che, dalla sua introduzione fino ad ora, il modello per intensità ha prodotto in Italia per verificare se esistono dei reali vantaggi.

#### **Research questions.**

- Quali sono le ragioni che motivano la ricerca di un modello del genere?
- Gli strumenti che misurano i parametri di intensità di cura e complessità assistenziali, sono validi anche integrati in un unico sistema?
- Quali sono i punti di forza e i punti di debolezza?
- E' un sistema di organizzazione ospedaliera efficace?

**Strategia di ricerca.** Lo studio è stato svolto effettuando una revisione della letteratura. Sono state consultate le banca dati PubMed e i motori di ricerca Google e Google Scholar nei mesi di agosto e settembre 2019 in modo retroattivo di 15 anni. Sono stati selezionati soltanto gli studi condotti in ambito italiano. Al fine di formulare una valida strategia è stato sviluppato un quesito di ricerca seguendo la metodologia PICO.

#### **Quesito di ricerca.**

**P:** Organizzazione ospedaliera secondo il modello per intensità di cura e complessità assistenziale.

**I:** Indagare gli effetti e i risultati del modello per intensità.

**O:** Efficacia del modello per intensità.

**Parole chiave.** Intensity of care, Hospital reorganization, patient flow, intermediate care unit, progressive patient care.

**Limiti.** I limiti dello studio svolto che hanno permesso la selezione degli articoli sono: Free Full Text, pubblicati massimo negli ultimi 15 anni, in lingua inglese e italiana e studi condotti solo in ambito italiano per ottenere dei dati che siano in grado di

ridisegnare il quadro nazionale sul modello per intensità di cura. Un altro limite è stata sicuramente l'inesperienza del ricercatore che potrebbe aver tralasciato articoli rilevanti.

I dati della ricerca sono stati sintetizzati nella tabella (Tabella 4):

Banche dati	Stringa di ricerca	Articoli reperiti	Articoli selezionati	Citazioni
Pubmed	“intermediate care units“ AND “intesive care” AND “organization”	88	1	Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, et al. <b>Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study.</b> <i>Crit Care.</i> 2014;18(5):551. Published 2014 Oct 9.
Pubmed	"patient flow" AND "hospital reorganized"	9	1	Stefano Villa & Marta Barbieri & Federico Lega, 2009. <b>Restructuring patient flow logistics around patients care needs: implications and practicalities from three critical cases.</b> <i>Health Care Management Science</i> , Springer, vol. 12(2), pages 155-165, June.
Italian journal of medicine	“intensity of care”	48	4	1) Recine, U., Scotti, E., Bruzzese, V., D’Amore, F., Manfellotto, D., Simonelli, I., Pastorelli, R. and Lazio, on behalf of 2015. <b>The change of hospital internal medicine: a study on patients admitted in internal medicine wards of 8 hospitals of the Lazio area, Italy.</b> <i>Italian Journal of Medicine.</i> 9, 3 (Sep. 2015), 252-259. 2) Spagnolli, W., Peterlana, D., Dorigoni, S., Rigoni, M., Torri, E.,

				<p>&amp; Nollo, G. (2019). <b>Intensity of medical care in internal medicine: impact on outcomes from a trend analysis over six years.</b> <i>Italian Journal of Medicine</i>, 13(2), 95-102.</p> <p>3) Bartolomei C, Cei M. <b>The Allocation of patients in an intensity of care based Internal Medicine Ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in Corridor) study.</b> <i>Ital J Med</i> 2007; 2:31-9.</p> <p>4) Chesi, G., &amp; Boni, F. (2012). <b>Hospitals and organizational models based on the intensity of treatment: the internist's point of view.</b> <i>Italian Journal of Medicine</i>, 6(1), 63-71.</p>
www.evidence.it	“Intensità di cura”	3	1	Pianazzi L, Tovoli O. <b>Il paziente chirurgico in un ospedale per intensità di cura: percorso perioperatorio e risultati a 30 mesi.</b> <i>Evidence</i> 2015;7(2): e1000105.
Servizio Sanitario Regionale Emilia-Romagna	/	/	2	<p>1) Mongardi, Sciolino L. <b>Monitoraggio delle modalità organizzative per intensità di cura in RER (a. 2012-2014): Risultati.</b> 6 maggio 2016</p> <p>2) Mongardi M, “<b>Il modello di intensità di cura: e ricadute e gli esiti sugli operatori</b>”, Milano 23 Novembre 2012</p>
Google Scholar	/	/	2	1) Bollini, G., Colombo, F., Lolli A. (2011) <b>L'intensità assistenziale e la complessità clinica: un progetto di</b>

				<p><b>ricerca della Regione Lombardia.</b> Era Futura, Milano</p> <p>2) Baratto S. <b>Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica.</b></p> <p>Abstract Book: Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica - XVI Congresso Federazione nazionale Collegi IPASVI, 2012: 33-34.</p>
--	--	--	--	--

(Tabella 4)

#### 4.2 Sintesi dei risultati

Per rispondere al quesito di ricerca sono stati selezionati e poi revisionati 11 articoli pubblicati negli ultimi 15 anni. Tutti gli studi sono stati svolti in ospedali italiani, fatta eccezione per uno che, oltre l'Italia, ha coinvolto altri paesi Europei.

- 1) Uno studio (Recine et al, 2015)<sup>36</sup> effettuato dalla Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti (FADOI) del Lazio, ha voluto definire l'intensità di cura richiesta dei pazienti della propria Regione mediante l'utilizzo dello strumento MEWS. Lo studio di tipo osservazionale è stato svolto su 1103 ammissioni in 8 reparti di medicina interna della regione Lazio, nei mesi di settembre, ottobre e novembre del 2011 e nei mesi di marzo, aprile e maggio del 2012. I risultati hanno evidenziato come esiste una percentuale di pazienti (15-20%) che necessitano di un'assistenza più intensiva, per tenere monitorizzati i parametri e cogliere un'eventuale instabilità clinica. Dal momento che questa popolazione non necessita di interventi rianimatori, ricoverarli in reparti di terapia intensiva sarebbe alquanto controproducente in termini di costi. La soluzione per questi pazienti potrebbe essere una piastra di medicina interna, dotata di presidi e personale medico e infermieristico dedicato in grado di erogare un'alta intensità assistenziale. Quest'area deve avere il compito di continuare a monitorizzare pazienti provenienti

<sup>36</sup> Recine, U., Scotti, E., Bruzzese, V., D'Amore, F., Manfellotto, D., Simonelli, I., Pastorelli, R. and Lazio, on behalf of 2015. The change of hospital internal medicine: a study on patients admitted in internal medicine wards of 8 hospitals of the Lazio area, Italy. *Italian Journal of Medicine*. 9, 3 (Sep. 2015), 252-259.

dalle unità di terapie intensive e stabilizzare il malato prima di trasferirlo in degenza ordinaria dove l'assistenza è meno intensa. Ciò che ne consegue è un risparmio di soldi e di giorni di ricovero improprio in terapia intensiva.

- 2) Come ho già descritto nella sezione dei limiti ho selezionato soltanto ricerche effettuate in ambito italiano, fatta eccezione per uno studio di coorte (Capuzzo et al, 2014)<sup>37</sup> che ha coinvolto 169 unità di terapia intensiva di 17 paesi Europei, ma comunque tra questi era compresa l'Italia. L'obiettivo fissato è stato quello di valutare se i pazienti ricoverati in ospedali con la presenza sia della terapia intensiva e sia di un'area di cure intermedie (Intermediate Care Unit IMCU), che si collochi nel percorso del paziente prima dei reparti ordinari, presentassero una mortalità ospedaliera inferiore a quelli ammessi in terapia intensiva senza un IMCU nello stesso ospedale. Sono stati utilizzati strumenti di misurazione tra cui l'instabilità clinica (SOFA e SAPS) e complessità assistenziale (NEMS), per stratificare i pazienti in base ai loro bisogni assistenziali. I risultati hanno confermato come la presenza di un IMCU collocato tra una terapia intensiva e reparto ordinario riduca la mortalità ospedaliera.
  
- 3) Nel 2005 (Bartolomei C., Cei M., 2007)<sup>38</sup> all'interno dell'Unità Operativa di Medicina Interna dell'Ospedale di Livorno è stata realizzata un'area nel contesto della corsia -detta speciale- destinata ad accogliere i pazienti ad elevato rischio di peggioramento clinico. Sono stati allestiti 4 letti dotati di monitor multiparametrici e l'allocazione dei pazienti è stata definita sulla base del punteggio di uno strumento in grado di integrare il Modified Early Warning Score (MEWS) e l'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA), per stratificare i bisogni dei pazienti, a cui è stato dato il nome di "Triage di Corridoio" (Tri-Co). L'anno successivo è stato coordinato uno studio avente come obiettivo la validazione di tale metodica nelle varie realtà ospedaliere della Toscana (21 Unità Operative). Si è difatti confermato che il MEWS è uno strumento semplice, efficace e altamente riproducibile nell'identificare i pazienti a rischio. Mentre l'IDA, non ancora validato, ha bisogno

---

<sup>37</sup> Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Crit Care*. 2014;18(5):551. Published 2014 Oct 9.

<sup>38</sup> Bartolomei C, Cei M. The Allocation of patients in an intensity of care based Internal Medicine Ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in Corridor) study. *Ital J Med* 2007;2:31-9.

di ulteriori conferme. Per poter valutare definitivamente il sistema “Tri-Co” è necessario che venga eseguito un grande studio randomizzato e controllato.

- 4) Di seguito all'introduzione del Tri-Co, per approvare definitivamente la sua validità, durante il 2010 nel Policlinico San Matteo di Pavia, è iniziato uno studio (Baratto, 2012)<sup>39</sup> con l'obiettivo di analizzarlo per implementare il progetto di riorganizzazione dell'assistenza alla persona basato sull'intensità di cura. Sono stati coinvolti 897 pazienti (1.466 rilevazioni). I risultati della sperimentazione hanno permesso di validare lo strumento Tri-Co quale indice sintetico di intensità di cure.
- 5) Un progetto regionale Lombardo (Bollini, G., Colombo, F., Lolli A., 2011)<sup>40</sup> ha deciso di effettuare uno studio osservazionale di tipo prospettico, nei periodi di gennaio – febbraio 2010 e giugno – luglio 2010, che ha coinvolto 8 aziende sanitarie con modello per intensità di cura. Lo studio ha valutato 1482 pazienti con l'obiettivo di conoscere la loro intensità clinica e complessità assistenziale per poter definire quale grado alto, medio o basso di cure richiedevano. In simultanea si è cercato di osservare “l'andamento” reciproco dei sistemi di misurazione presi in considerazione. Gli strumenti che sono stati utilizzati sono per la criticità e gravità del quadro clinico MEWS (Modified Early Warning Score) e CIRS (Cumulative Illness Rating Scal); per la misurazione della complessità assistenziale IIA (indice di intensità assistenziale). Dai risultati è affiorato che gli strumenti MEWS, CIRS e IIA permettono di individuare adeguatamente il setting assistenziale più appropriato per il paziente. Inoltre, anche questa ricerca conferma che l'allocazione di pazienti senza una preliminare stratificazione dei loro bisogni non garantiscono delle cure ottimali.
- 6) Uno studio (Villa S., Barbieri M., Lega F., 2009)<sup>41</sup> ha analizzato le tendenze della riorganizzazione ospedaliera secondo la “logistica del flusso dei pazienti”. Gli Ospedali presi in considerazione sono l'Ospedale di Forlì, Ospedale di Pontedara, Ospedale di Foligno che hanno riprogettato la logistica del flusso dei pazienti

---

<sup>39</sup> Baratto S. Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. Abstract Book: Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica - XVI Congresso Federazione nazionale Collegi IPASVI, 2012: 33-34.

<sup>40</sup> Bollini, G., Colombo, F., Lolli A. (2011) L'intensità assistenziale e la complessità clinica: un progetto di ricerca della Regione Lombardia. Era Futura, Milano

<sup>41</sup> Villa S., Barbieri M., Lega F., 2009. Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases, Health Care Management Science, Springer, vol. 12(2), pages 155-165, June.

secondo i principi di “intensità di cura”, per garantire un’assistenza che abbia come centralità il paziente. Sono state organizzate 5 aree diverse raggruppando i reparti in: Area di urgenza; Week surgery; Week hospital; Area Cure medie/ reparti generali; Area Post-acuzie. In termini di produttività sono stati rilevati i seguenti risultati:

- Riduzione della durata media del ricovero in ospedale.
- Aumento del tasso di occupazione del letto.
- Aumento della complessità dei casi trattati.

Nell’ospedale di Pontedara e Forlì è stato registrato anche un aumento della soddisfazione dei pazienti con relativo incremento degli afflussi di pazienti provenienti da diverse aree di utenza. Da questi dati ne consegue l’individuazione di successi come l’appropriatezza delle cure, l’approccio multidisciplinare, l’ottimizzazione delle risorse, una miglior gestione dei processi clinici, e di difficoltà come il disagio dei professionisti nell’accettare il cambiamento, i frequenti trasferimenti dei pazienti tra le aree di intensità, investimenti su percorsi di formazione per gli operatori e la coerenza tra la domanda e la risposta per la creazione delle aree di cura (ad esempio, il week surgery ha senso solo se esiste la richiesta di un numero di pazienti chirurgici che può essere dimesso entro cinque giorni).

- 7) L’ospedale di Porretta Terme (AUSL di Bologna) dal 2010 ha superato i tradizionali reparti e ha attuato il nuovo modello per intensità di cura in tre aree multispecialistiche organizzate sulla base dei bisogni clinico-assistenziali dei pazienti. Una ricerca (Pianazzi L., Tovoli O., 2015)<sup>42</sup>, pubblicata nel 2015, ha avuto come fine il miglioramento dell’allocazione dei pazienti e l’ottimizzazione gestionale dei posti letto nella fase post-operatoria, non più in un’ottica di unità operativa a sé stante, al contrario, come un organismo unico. Analizzando e confrontando il lavoro operatorio tra l’anno 2008/2009 e gli anni 2010 fino al 2013, è emerso che la nuova organizzazione non ha cambiato l’attività chirurgica ma ha permesso la progettazione di percorsi di cura più sicuri, grazie alla *“specializzazione, motivazione, maggior crescita e autonomia professionale del personale infermieristico dedicato; visita di un team multi specialistico —*

---

<sup>42</sup> Pianazzi L, Tovoli O. Il paziente chirurgico in un ospedale per intensità di cura: percorso perioperatorio e risultati a 30 mesi. Evidence 2015;7(2): e1000105.

*limitatamente all'area critica — dei pazienti post-operati; supporti tecnologici che l'area monitorata mette a disposizione.*”. Inoltre, l'efficace amministrazione dei posti letto da parte del bed management ha messo in rilievo le potenzialità di questa nuova figura.

8) Uno studio (Chesi e Boni, 2012)<sup>43</sup> ha provveduto a somministrare un questionario composto da 13 item a 31 medici internisti che lavorano nella regione Emilia-Romagna. Dai dati ottenuti si è potuto evincere come *“la maggioranza dei professionisti medici più direttamente coinvolti nelle problematiche gestionali e organizzative si è espressa a favore di una rimodulazione della nostra organizzazione ospedaliera secondo modelli per intensità di cure.”* Inoltre, sono state individuate le caratteristiche principali per la costruzione di tale modello per intensità di cure:

- corretta individuazione dei livelli assistenziali sui quali strutturare il modello;
- allocazione delle risorse in termini di personale, di tipologia strutturale dell'area e di tecnologie ben definita e differenziata a seconda dei diversi livelli assistenziali;
- precisa definizione della tipologia e delle caratteristiche dei pazienti per ogni singolo livello assistenziale;
- condivisione delle modalità di assistenza tra medici accettanti e medici di pronto soccorso già a partire dall'arrivo in pronto soccorso;
- definizione di precise responsabilità che, a cascata, regolino la gestione delle diverse aree, le modalità operative e di collaborazione tra i diversi professionisti, le diverse equipe, le diverse discipline che vi afferiscono.

9) Nel 2012 Mongardi<sup>44</sup> ha pubblicato una ricerca, effettuata tramite la somministrazione di un questionario in tre ospedali organizzati per intensità di cure dell'Ausl di Bologna, con lo scopo principale di conoscere l'impatto sugli operatori sanitari per poi contribuire al suo miglioramento e alla diffusione di progetti simili. I risultati evidenziano come, su una scala da 1 a 5, il grado di soddisfazione del nuovo

---

<sup>43</sup> Chesi, G., & Boni, F. (2012). Hospitals and organizational models based on the intensity of treatment: the internist's point of view. *Italian Journal of Medicine*, 6(1), 63-71.

<sup>44</sup> Mongardi M, "Il modello di intensità di cura: e ricadute e gli esiti sugli operatori", Milano 23 Novembre 2012

sistema organizzativo oscilla tra il 3 e il 4. Sulla stessa scala, il grado di benessere viene valutato con valori tra 4 e 5. Mentre alle domande “pensi che questo modello favorisca la continuità assistenziale?” e “E’ presente l’integrazione multidisciplinare nel PDTA?” il 100% di tutti e tre gli ospedali ha risposto “sì”. In ultimo, quando è stato chiesto se si volesse tornare al modello tradizionale, i partecipanti hanno risposto “no” con le seguenti percentuali: 68%, 78 %, 100%.

10) In Emilia-Romagna (Mongardi M., Sciolino L., 2016)<sup>45</sup>, tra il 2012 e il 2014, è stato avviato un programma di monitoraggio per rilevare e confrontare le modalità organizzative per intensità di cura implementate negli ospedali della regione attraverso la compilazione di un questionario online da parte dei referenti aziendali. Sono state coinvolte 28 presidi ospedalieri di 13 aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna. Il questionario prevedeva 5 aree: anagrafica delle aziende partecipanti; aspetti generali del cambiamento; strumenti a supporto del cambiamento; gestione dei ruoli; valutazione del percorso di revisione organizzativa. L’esito del questionario ha permesso l’individuazione di 5 punti deboli e 5 punti di forza (tabella 5).

<b>Punti deboli</b>	<b>Punti di forza</b>
Resistenza al cambiamento	Appropriatezza ed “efficientamento” del sistema
Limiti sistema informatico-informativo	Partecipazione, integrazione professionale e multidisciplinarietà
Eterogeneità formazione/motivazione del personale	Presa in carico «globale» del paziente
Difficoltà di integrazione	Logistica dei servizi
Limiti applicabilità del modello	Nuovi ruoli e valorizzazione del personale

(tabella 5)

<sup>45</sup> M. Mongardi, L. Sciolino Monitoraggio delle modalità organizzative per intensità di cura in RER (a. 2012-2014): Risultati. 6 maggio 2016

11) Nel 2014 la medicina interna dell'ospedale Santa Chiara di Trento (Spagnolli et al, 2019)<sup>46</sup> ha introdotto un progetto di riorganizzazione dell'assistenza strutturando il reparto con 56 letti differenziati in tre aree di degenza (alta intensità, media intensità, bassa intensità), dove vengono collocati i pazienti secondo i parametri di intensità clinica e complessità assistenziale. Prima dell'applicazione del "nuovo" modello, è stato avviato uno studio con il compito di raccogliere e analizzare l'indice NEWS dei pazienti ammessi al reparto in due periodi: tra il 2012 e 2013 (modello tradizionale) e tra il 2014 fino al 2017 (modello per intensità). L'obiettivo era quello di valutare l'efficacia della nuova organizzazione e analizzare le eventuali differenze. I risultati ottenuti sono i seguenti:

- Una riduzione della mortalità ospedaliera che è scesa da 8.7% nel 2012 a 7.0% nel 2017.
- Decresce la morte precoce (entro 72h dall'ammissione) da 3.5% nel 2012 a 2.2% nel 2017.
- Diminuiscono i trasferimenti urgenti in terapie intensive da 4.2% nel 2012 a 1.6% nel 2017.
- L'occupazione del letto è cambiata nel corso degli anni, passando da 85% nel 2012 al 91% nel 2017.

### **4.3 Discussione**

Recine et al (2015) e Capuzzo et al (2014) mettono in rilievo le ragioni di ricerca di un nuovo modello ospedaliero: Recine et al (2015) fa notare come esista una percentuale di pazienti che necessitano di un'assistenza più intensiva, per monitorare i parametri e cogliere un'eventuale instabilità clinica. Perché ricoverarli in reparti di terapia intensiva, dal momento che non hanno bisogno di interventi rianimatori specifici, significherebbe incidere su un ricovero improprio e di conseguenza un aumento dei costi. La soluzione potrebbe essere una piastra di medicina interna in grado di erogare prestazioni di alta intensità assistenziale. Mentre nello studio di Capuzzo et al (2014) viene riconosciuta l'importanza di un'area di cure intermedie che si collochi tra un'unità di terapia intensiva e un reparto ordinario, in modo da pianificare un percorso di cura graduale secondo le reali esigenze del paziente. Organizzazione che si rispecchia nell'ospedale per intensità e complessità, dove i pazienti seguono un flusso progressivo che li

---

<sup>46</sup> Spagnolli, W., Peterlana, D., Dorigoni, S., Rigoni, M., Torri, E., & Nollo, G. (2019). Intensity of medical care in internal medicine: impact on outcomes from a trend analysis over six years. *Italian Journal of Medicine*, 13(2), 95-102.

trasporta da un livello di cura alto ad uno più basso, garantendo in ogni momento le attività assistenziali adeguate.

Per collocare correttamente i pazienti nelle aree di ricovero è un requisito indispensabile l'utilizzo degli appositi strumenti. La letteratura ha prodotto molti studi che convalidano l'efficacia degli score che misurano l'intensità clinica e la complessità assistenziale, ma sempre valutati singolarmente e mai in un unico sistema integrato. Gli studi effettuati da Bollini et al (2011) Bartolomei et al (2007) e Baratto (2012), hanno in comune l'obiettivo di analizzare la congruità tra la valutazione infermieristica della complessità assistenziale e la valutazione medica dell'intensità clinica. Quello che si evince è che la loro integrazione può rendere più efficace la lettura delle necessità clinico-assistenziali del paziente con la successiva corretta allocazione dei pazienti nelle piattaforme logistiche prestabilite.

Villa et al (2009) ha indagato le realtà ospedaliere di Foligno, Forlì e Pontedara, (ospedali che adottano il modello per intensità) mettendo in risalto dati che possono essere ritenuti indicatori di risultato come: la riduzione della durata media del ricovero in ospedale, l'aumento del tasso di occupazione del letto, l'aumento della complessità dei casi trattati grazie alla presenza di aree dove lavorano in collaborazione più specialità mediche e un aumento della soddisfazione dei pazienti. Da questa analisi sono poi stati tratti i punti di forza e i punti deboli che possono essere considerati sovrapponibili a quelli identificati anche da un monitoraggio eseguito su 28 presidi ospedalieri organizzati per intensità dell'Emilia-Romagna (Mongardi M., Sciolino L., 2016). In sintesi, i vantaggi che entrambe le indagini condividono sono: l'appropriatezza delle cure secondo le reali esigenze; il miglioramento dell'integrazione dei professionisti, tra le direzioni mediche e le direzioni delle professioni sanitarie che permettono la creazione di équipes multidisciplinari; la razionalizzazione dell'uso delle risorse; miglioramento della pianificazione dei percorsi di cura che garantiscono il patient flow e la presa in carico globale dei pazienti. Invece i punti deboli in comune sono: la resistenza al cambiamento da parte dei professionisti e i frequenti trasferimenti fra aree dei pazienti, con potenziale perdita di continuità assistenziale, dovuti probabilmente ad un errato utilizzo dei sistemi di misurazioni.

Tra gli aspetti da osservare c'è sicuramente l'impatto che questo modello ha provocato a chi ci lavora e quindi lo vive ogni giorno. Nel 2012, Mongardi attraverso un questionario, ha voluto conoscere gli effetti della nuova organizzazione sugli operatori sanitari; i quali hanno manifestato un grado di soddisfazione e di benessere positivo e solo scarse percentuali di intervistati hanno risposto di preferire il modello tradizionale.

Un'indagine molto simile, eseguita da Chesi e Boni (2012), ha interrogato 31 internisti. Dai risultati si è potuto concludere come la maggioranza dei medici si è dimostrata a favore di una ristrutturazione ospedaliera secondo il modello per intensità.

La maggior parte degli articoli presi in considerazione, sono stati effettuati in reparti di medicina interna. Pianazzi e Tovoli (2015) hanno condotto uno dei pochi studi sul modello per intensità di cura in ambito chirurgico. Con lo scopo di migliorare l'allocazione dei pazienti e la gestione dei posti letto nella fase post-operatoria, hanno confrontato l'attività operatoria tra il modello tradizionale e il modello per intensità. I risultati ottenuti sono quali-quantitativamente sovrapponibili. Si è comunque evidenziato la creazione di percorsi di cura più sicuri e gestiti meglio, grazie all'istituzione di una nuova figura infermieristica come il bed manager che, in un ospedale senza tanti reparti distinti, ha maggiore flessibilità organizzativa. Lo studio svolto da Spagnoli et al (2019), uno dei più recenti, è stato condotto sul reparto di medicina interna dell'ospedale Santa Chiara di Trento per valutare l'efficacia del nuovo modello rispetto a quello tradizionale. Ne è emerso un miglioramento dei risultati clinici, una gestione del letto più appropriata e un migliore utilizzo delle risorse in terapia intensiva senza esiti negativi per i pazienti. Da sottolineare come la medicina interna dell'Ospedale Santa Chiara di Trento è stata vincitrice più volte del premio nazionale «È ora di premiare la qualità» commissionato da Joint Commission International (JCI), organismo internazionale che si occupa di accreditamento di strutture sanitarie<sup>47</sup>.

---

<sup>47</sup> 8. Apss: la medicina interna del Santa Chiara prima in Italia al concorso "E' ora di premiare la qualità" [Internet]. Ufficio Stampa Provincia Autonoma di Trento. 20 giugno 2016 . Available from: <https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Apss-la-medicina-interna-del-Santa-Chiara-prima-in-Italia-al-concorso-E-ora-di-premiare-la-qualita>

## CONCLUSIONI E RIFLESSIONI

Con questa tesi ho voluto redigere una sintesi di quanto la ricerca ha prodotto negli ultimi anni riguardo lo stato dell'arte in Italia sull' modello per intensità di cura. Gli studi selezionati indagano diverse questioni: dai tanti motivi che spingono all'adozione di questa organizzazione, alla validità degli strumenti utilizzati per l'intensità clinica e la complessità assistenziale, fino a conoscerne i punti deboli, i punti di forza e l'effettiva efficacia. Nel complesso, la revisione mi ha permesso di ottenere delle risposte positive rispetto al quesito di ricerca. Quello che si rileva è che il modello per intensità di cura nasce dalla costante aspirazione a programmi di riduzione degli sprechi e al contempo dalla necessità di evolvere i percorsi di cura rendendoli consoni alla domanda assistenziale. In termini di indicatori di risultato sono emersi dati molto confortanti, come l'aumento del tasso di occupazione dei letti, la riduzione dei trasferimenti in terapie intensive, la riduzione della durata media del ricovero e l'aumento della complessità dei casi trattati. Dati che consentono di affermare l'efficacia del modello per intensità che vengono supportati ulteriormente dai punti di forza individuati. Promossi anche l'integrazione in un unico sistema degli strumenti per la rilevazione dei parametri di intensità di cura e complessità assistenziale validi per allocare correttamente i pazienti nelle piattaforme logistiche di ricovero. E' inoltre importante evidenziare come siano state individuate anche delle debolezze, tra le quali quella che spicca maggiormente è il disagio degli operatori sanitari nell'accettare il cambiamento. L'evoluzione dello scenario sanitario insieme ai modelli assistenziali è inevitabile, ma gli attori principali di questo cambiamento sono gli infermieri, medici e tutti i professionisti sanitari che sostengono sulle loro spalle l'ospedale. Per cui diventa di fondamentale importanza sostenerli lungo un percorso attraverso attività di formazione continua e incontri per discutere le problematiche da migliorare. Tanto è stato fatto e tanto c'è da fare in futuro, iniziando col vedere nel cambiamento una forma di sviluppo e opportunità da cui crescere professionalmente e andare alla ricerca del miglioramento continuo "kaizen" come sottolinea anche la filosofia Lean. Nonostante i successi incoraggianti, in Italia il modello per intensità ha trovato applicazione in maniera eterogenea. Le regioni che hanno deciso di adottarlo in maggior misura sono in primis la Toscana seguita dall'Emilia-Romagna, la Lombardia e la Liguria. La regione Marche, recentemente, è impegnata nella riprogettazione di sette nuovi ospedali (l'Ospedale Unico Marche-Nord, il nuovo Salesi, l'Ospedale Unico Ancona Sud (INRCA Ancona-Osimo), l'Ospedale Unico dell'Area Vasta 3, il nuovo Ospedale di Fermo, l'Ospedale

Unico dell'Area Vasta 5, il nuovo ospedale dei Sibillini ad Amandola.). Come sottolinea a riguardo, nel blog dove scrive, Claudio Maria Maffei (in passato ha rivestito diversi ruoli direttivi nelle aziende sanitarie delle Marche) *“bisogna fare tesoro delle esperienze di altre Regioni, prima fra tutte la Regione Toscana. Questa in occasione della costruzione di 4 nuovi ospedali ha fatto un grande investimento in termini di elaborazione. Un buon riferimento sulla impostazione della Regione Toscana è dato dalle linee guida per la progettazione di questi ospedali redatte dalla Regione stessa. Sono ospedali - quelli toscani - che si caratterizzano per una grande attenzione ai percorsi (le linee guida propongono una interessante matrice di riferimento al riguardo) e ad una organizzazione delle degenze per intensità di cura<sup>48</sup>”*. Attraverso questo elaborato ho voluto fornire uno schema dettagliato sulla riorganizzazione ed il funzionamento di questa nuova realtà, con l'auspicio di vedere in futuro il nostro Sistema Sanitario Nazionale impegnato all'adozione delle nuove metodologie che risultino essere alla portata di mano per l'utente e per gli operatori sanitari garantendo, come ha sempre fatto, una naturale ricerca del diritto della salute.

---

<sup>48</sup> Maffei C. I nuovi ospedali delle Marche: occasione di riqualificazione della rete ospedaliera o operazione immobiliare? La seconda che hai detto (almeno per ora)... - Blog Marche Sanità [Internet]. Marchesanita.it. 2019 . Available from: <https://www.marchesanita.it/home/blog/i-nuovi-ospedali-delle-marche-occasione-di-riqualificazione-della-rete-ospedaliera-o-operazione-immobiliare-la-seconda-che-hai-detto-almeno-per-ora>

*“Non sono le specie più forti quelle che sopravvivono e nemmeno le più intelligenti, ma quelle maggiormente in grado di rispondere al cambiamento”*  
*Charles Darwin*

## BIBLIOGRAFIA

- 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 Laboratorio MeS Scuola Sant'Anna Pisa
- 5S (metodologia) [Internet]. It.wikipedia.org. Available from:  
[https://it.wikipedia.org/wiki/5S\\_\(metodologia\)](https://it.wikipedia.org/wiki/5S_(metodologia))
- Alessandri M., Bartolomei C., Bernardini M., Landini G., Laureano R., Lombardo G., Nozzoli C., Role of internal medicine in a new model of hospital: a proposal of Tuscany's FADOI, Italian Journal of medicine, 2007, (1):65-69
- Aps: la medicina interna del Santa Chiara prima in Italia al concorso "E' ora di premiare la qualità" [Internet]. Ufficio Stampa Provincia Autonoma di Trento. 20 giugno 2016 . Available from:  
<https://www.ufficiostampa.provincia.tn.it/Comunicati/Aps-la-medicina-interna-del-Santa-Chiara-prima-in-Italia-al-concorso-E-ora-di-premiare-la-qualita>
- Assistenza ospedaliera per intensità di cura. Salute, Emilia-Romagna, 14 aprile 2016. Available from: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/intensita-di-cura>
- Baratto S. Validazione di uno strumento per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica. Abstract Book: Innovazione ed esperienze di buona pratica infermieristica - XVI Congresso Federazione nazionale Collegi IPASVI, 2012: 33-34.
- Barelli P., Pallaoro G., Perli S., Strimmer S., Zattoni M.L., Modelli di organizzazione dell'assistenza: sono efficaci? Assistenza infermieristica e ricerca, 2006, 25(1): 35-41.
- Bartolomei C, Cei M. The Allocation of patients in an intensity of care based Internal Medicine Ward: the ADOIT Tri-Co (Triage in Corridor) study. Ital J Med 2007;2:31-9.
- Bollini G., Colombo, F., Lolli A. (2011) L'intensità assistenziale e la complessità clinica: un progetto di ricerca della Regione Lombardia. Era Futura, Milano
- Cantarelli M., Il modello delle prestazioni infermieristiche. Milano: Masson; 1996.
- Capuzzo M, Volta C, Tassinati T, et al. Hospital mortality of adults admitted to Intensive Care Units in hospitals with and without Intermediate Care Units: a multicentre European cohort study. *Crit Care*. 2014;18(5):551. Published 2014 Oct 9.

- Cavaliere B., Snaidero D., Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. *Management Infermieristico*, 1999, 1: 32-36
- Cavaliere, Bruno. (2012). *Economia e Management. Sanità pubblica*. 10.13140/2.1.3081.0249.
- Chesi, G., & Boni, F. (2012). Hospitals and organizational models based on the intensity of treatment: the internist's point of view. *Italian Journal of Medicine*, 6(1), 63-71.
- Cicchetti A, Gabutti I., *Innovare o perire: le sfide organizzative nel "Teatro delle Cure"*, Prospettive in organizzazione; 2017.
- Consiglio Sanitario Regionale – Regione Toscana. National Early Warning Score (NEWS): misurazione standardizzata della gravità della malattia. Documento Regionale di Indirizzo n.24, 2014.
- Convegno nazionale "Modelli di assistenza ospedaliera per intensità di cura. Confronti nazionali e internazionali" - Bologna, Palazzo della cultura e dei congressi, 29-30 marzo 2012
- Croce D., Complessità assistenziale ed intensità di cura: opportunità o minacce per l'organizzazione dell'attività assistenziale? 15 novembre 2012.
- Documento delle società scientifiche di area medica e chirurgica. Ospedalizzazione per intensità di cure. *Toscana medica* 2008; 2:24-6.
- Federazione italiana Collegi Ipasvi. Cerismas, studio NURSE sull'identikit dei nuovi manager infermieristici: Silvestro (senatore e presidente Federazione Ipasvi): "La ricerca conferma l'evoluzione delle nostre competenze". Roma, 2015.
- Guarinoni M.G., Motta P.C., Petrucci C., Lancia L., Progressive Patient Care Model and its application into hospital organization: a narrative review. *Professioni Infermieristiche* 2013;66:205-14.
- Iemmi M., Il modello per intensità di cura e complessità assistenziale: il punto di vista della DPS, azienda Ospedaliera di Reggio Emilia, Arciospedale S.Maria Nuova, 21 maggio 2012.
- ISTAT, "Rapporto annuale 2019 -La situazione del paese.", 20 giugno 2019.

-L'applicazione del "Primary Nursing" in ospedale [Internet]. Salute Regione Emilia-Romagna. 2015. Available from: <http://salute.regione.emilia-romagna.it/news/ausl-fe/2019applicazione-del-201cprimary-nursing201d-all2019ausl-di-ferrara>

-Lenzi L., Postal N., Corso Fadoi Animo: come comunicare nella Medicina della complessità - L'incrocio dei saperi e dei ruoli:-Comunicazione-Teamwork-Briefing debriefing ward round. Torino 2015. Available from: [https://www.associazioneanimo.it/phocadownload/2015/maggio/congresso\\_nazionale\\_2015/09052015/09052015\\_11.pdf](https://www.associazioneanimo.it/phocadownload/2015/maggio/congresso_nazionale_2015/09052015/09052015_11.pdf)

-Maffei C. I nuovi ospedali delle Marche: occasione di riqualificazione della rete ospedaliera o operazione immobiliare? La seconda che hai detto (almeno per ora)... - Blog Marche Sanità [Internet]. Marchesanita.it. 2019 . Available from: <https://www.marchesanita.it/home/blog/i-nuovi-ospedali-delle-marche-occasione-di-riqualificazione-della-rete-ospedaliera-o-operazione-immobiliare-la-seconda-che-hai-detto-almeno-per-ora>

-Mongardi M., Sciolino L., Monitoraggio delle modalità organizzative per intensità di cura in RER (a. 2012-2014): Risultati. 6 maggio 2016

-Moiset C, Vanzetta M, Valicella F. Misurare l'assistenza: un modello di sistema informativo delle performance. Milano, Mc Graw Hill. 2003

-Mongardi M, "Il modello di intensità di cura: e ricadute e gli esiti sugli operatori", Milano 23 Novembre 2012

-Mongardi M, Bassi E, Di Ruscio E. Ospedale per Intensità di cura: strumenti per la classificazione dei pazienti. DGSPS, Servizio Presidi Ospedalieri, Regione Emilia-Romagna, Febbraio 2015.

-Neisner J, Brian R. Nurse staffing and care delivery models: a review of the evidence. Kaiser Permanent Institute for Health Policy, 2002.

-Nozzoli C., Iosa G., Ongari M., Valmori V., Paciotti M., Di Ruscio E., Relazione presentata alla tavola rotonda "Medicina Interna, nuove modalità organizzative e modello per intensità di cure: esperienze a confronto e prospettive". Reggio Emilia 14 aprile 2011

- Percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA) — E-R Agenzia sanitaria e sociale regionale [Internet]. Assr.regione.emilia-romagna.it. 26 ottobre 2016. Available from: <https://assr.regione.emilia-romagna.it/ricerca-innovazione/PDTA>
- Pianazzi L, Tovoli O. Il paziente chirurgico in un ospedale per intensità di cura: percorso perioperatorio e risultati a 30 mesi. *Evidence* 2015;7(2): e1000105.
- Raven R. W., Progressive patient care. *British Medical Journal*. 1962;1(5270):43–44.
- Recine, U., Scotti, E., Bruzzese, V., D’Amore, F., Manfellotto, D., Simonelli, I., Pastorelli, R. and Lazio, on behalf of 2015. The change of hospital internal medicine: a study on patients admitted in internal medicine wards of 8 hospitals of the Lazio area, Italy. *Italian Journal of Medicine*. 9, 3 (Sep. 2015), 252-259.
- Rosini D., Mariotti F., Bartoli R., Romeri M., Verso l’organizzazione ospedaliera per Intensità di Cura, UNI service; 2010.
- Royal College of Physicians. National Early Warning Score (NEWS). Standardising the assessment of acute-illness severity in the NHS. July 2012
- Spagnolli, W., Peterlana, D., Dorigoni, S., Rigoni, M., Torri, E., & Nollo, G. (2019). Intensity of medical care in internal medicine: impact on outcomes from a trend analysis over six years. *Italian Journal of Medicine*, 13(2), 95-102.
- Villa S., Barbieri M., Lega F., 2009. Restructuring patient flow logistics around patient care needs: implications and practicalities from three critical cases, *Health Care Management Science*, Springer, vol. 12(2), pages 155-165, June.
- Times R. Le Aziende sanitarie organizzate secondo il metodo LEAN | Nurse Times [Internet]. Nurse Times. 24 novembre 2017. Available from: <https://www.nursetimes.org/le-aziende-sanitarie-organizzate-secondo-il-metodo-lean/41716>
- Womack J. P., Jones T. D., Ross D., *The machine that changed the world*. New York: Free Press; 1990.

### **Repertorio Legislativo**

- L. 23 dicembre 1978, n.833, “istituzione del servizio sanitario nazionale”.
- D.L. 30 dicembre 1992, n. 502, “riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.”

-D.L. 7 dicembre 1993, n. 517, “Modificazioni al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.”

-D.L. 19 giugno 1999, n. 229, “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.”

-L.R. 24 febbraio 2005, n. 40, “Disciplina del servizio sanitario regionale.”

-D.M. 2 aprile 2015, n. 70, “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all’assistenza ospedaliera.

## **Ringraziamenti**

*Vorrei terminare il mio lavoro ringraziando chi, in un modo o nell'altro, è risultato essere un tassello fondamentale per il mio percorso universitario.*

*Vorrei ringraziare la prof.ssa Marinella Tommasi per la disponibilità dimostratami durante la stesura dell'elaborato finale, i docenti incontrati durante i 3 anni di corso e tutto il personale universitario che mi ha permesso di affrontare con linearità e chiarezza questo importante cammino.*

*Vorrei ringraziare sinceramente mia padre Gezim, mio madre Artta e i miei due fratelli Florjan e Zydi, che con dedizione, affetto e sacrificio hanno creduto nelle mie capacità ed hanno voluto offrirmi l'opportunità di affrontare questo importante percorso.*

*Non posso far alto che esprimere gratitudine ai miei più cari amici che con ironia e leggerezza sono riusciti a proiettarmi verso l'immagine del professionista sanitario che oggi sono, rafforzando la motivazione nell'affrontare la mia strada.*

*Ringrazio sinceramente la mia ragazza Ludovica, per avermi fatto da spalla nei momenti di maggior difficoltà, per avermi spinto ad una maggior consapevolezza delle mie capacità e per aver espresso orgoglio di fronte i miei risultati.*

*Infine, ringrazio me stesso, la mia motivata costanza e determinazione, doti fondamentali che mi hanno permesso di raggiungere questa meta; nonchè l'inizio di un nuovo e soddisfacente percorso di vita.*

*Marjus Cereku*