

Ospedale per intensità di cura

Rdb sanità

In Toscana la legge regionale n°22 (08/03/2000) e la successiva n°40 (24/02/2005) prevedono la strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate suddivise per complessità ed intensità di cura:

- 1. Bassa complessità;**
- 2. Media complessità;**
- 3. Alta complessità;**
- 4. Area intensiva.**

Bassa intensità di cura

- Filtro fra la struttura ospedaliera e quella territoriale;
- Presa in carico da parte del medico Tutor e dell'infermiere referente;
- Bassa osservazione medica ed infermieristica;
- Degenza. Tempi brevi (da 1 a 5 giorni);
- Day hospital, day surgery;
- In carico ai servizi territoriali.

Media intensità di cura

- Filtro fra territorio, pronto soccorso e struttura ospedaliera;
- Presa in carico da parte del medico Tutor e dell'infermiere referente;
- Osservazione medica ed infermieristica di media intensità;
- Degenza dai 3 ai 10 giorni;
- Pazienti di chirurgia, medicina, cardiologia ed ortopedia;
- Medico di famiglia coinvolto nel post-degenza.

Alta intensità di cura

- Filtro fra pronto soccorso e struttura ospedaliera o eventi acuti territoriali;
- Velocizzazione della presa in carico del medico Tutor e dell'infermiere referente;
- Alta osservazione medica ed infermieristica;
- Degenza media e lunga (oltre i 10 giorni);
- Applicazione di discipline mediche e chirurgiche integrate;
- Dimissione verso strutture riabilitative territoriali;
- Infermiere referente e medico di famiglia seguono il percorso post-degenza.

MOTIVAZIONI



SCELTA CULTURALE



**CAMBIO DI INDIRIZZO
STRATEGICO**

CAPACITA' ORGANIZZATIVA



In questa organizzazione

- Consolidamento dell'offerta territoriale;
- Miglioramento della capacità di filtro verso l'accesso all'ospedale;
- Potenziamento delle figure del medico di medicina generale e dell'infermiere territoriale.

**Cambiano le modalità assistenziali
ed il regime di ricovero**

**Superamento graduale
dei reparti differenziati
secondo la disciplina
specialistica**

IL NUOVO MODELLO OSPEDALIERO

- SUPERA LE TRADIZIONALI MODALITA' DI ASSISTENZA;
- LAVORA PER PROCESSI AD ALTA INTEGRAZIONE MULTIDISCIPLINARE;
- RIORGANIZZA E DIFFERENZIA LE RESPONSABILITA' CLINICHE E GESTIONALI.

DIREZIONE INFERMIERISTICA

**RIORGANIZZAZIONE DEL PERCORSO
ASSISTENZIALE E STIMA DEL FABBISOGNO DI
PERSONALE DI ASSISTENZA SECONDO IL
MODELLO "PER PRESA IN CARICO" CORRELATA
ALLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE STIMATA
PER AREE DI INTENSITA'**

PRIMARY NURSE

- L'infermiere referente del paziente si assume la **responsabilità** dell'impostazione del programma assistenziale nonché dei risultati, anche oltre la dimissione.

INFERMIERE ASSOCIATO

- EROGA LE PRESTAZIONI SECONDO IL PROGRAMMA;
- PUO' SOSTITUIRE IL PRIMARY NURSE IN CASO D'ASSENZA.

OSS

EROGA L'ASSISTENZA DI BASE ATTRIBUITAGLI
DALL'INFERMIERE ASSOCIATO

**ULTERIORE BUROCRATIZZAZIONE DELLA
FIGURA INFERMIERISTICA.
NON E' MOLTO CHIARA LA FIGURA
DELL'OSS.
SLITTAMENTO DI COMPETENZE E
RESPONSABILITA' DAL MEDICO
ALL'INFERMIERE.**

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

- **FRUIBILE** DA TUTTI GLI OPERATORI COINVOLTI;
- CHE **ACCOMPAGNI** IL PAZIENTE ATTRAVERSO TUTTE LE FASI DELL'INTENSITA' DI CURA;
- CHE **AGEVOLI** LA PIANIFICAZIONE MULTIDISCIPLINARE E MULTIPROFESSIONALE DELL'ASSISTENZA.

**UNA CARTELLA CLINICA CHE NON SIA
LEGATA UNICAMENTE ALL'UTENTE O
LEGGIBILE SOLO DAL PERSONALE DEL
REPARTO CHE OFFRE ASSISTENZA
ALL'UTENTE MA SIA COMPRENSIBILE
ANCHE A CHI, COME MEDICI,
INFERMIERI ED OSS AVVICININO IL
PAZIENTE IN QUALSIASI FASE
DELL'INTENSITA' DI CURA**

**OSPEDALI SEMPRE PIU' PER "ACUTI"
ED A CRESCENTE CONTENUTO
TECNOLOGICO**



