

Progressive Patient Care e organizzazione ospedaliera per intensità di cure: revisione narrativa della letteratura

Progressive Patient Care Model and its application into hospital organization:
a narrative review

Milena G. Guarinoni¹

Paolo C. Motta²

Cristina Petrucci³

Loreto Lancia⁴

RIASSUNTO

Scopo del presente articolo è riassumere la letteratura relativa alla Progressive Patient Care con particolare attenzione alle sue caratteristiche concettuali e pratiche, all'implementazione nel corso degli anni e agli effetti che ha avuto sugli attuali sistemi di erogazione della salute.

E' stata condotta una Revisione integrativa-narrativa della letteratura.

La Progressive Patient Care è un modello che ha la finalità di raggruppare i pazienti secondo il grado di complessità che essi presentano. Tale organizzazione è finalizzata alla collocazione del paziente nel setting di cura più appropriato.

Il modello originale prevede cinque livelli di unità assistenziali: intensive care, intermediate care, self-care, long term care, organized home care.

In Italia il modello di organizzazione ospedaliera per intensità di cura può essere considerato come una contestualizzazione della Progressive Patient Care alla realtà nazionale, date le similitudini sia dal punto di vista delle finalità che il modello si pone, sia per la tipologia di livelli di assistenziali.

La riorganizzazione per intensità di cure rappresenta un'opportunità per l'Italia di operare nella direzione di un'assistenza che si basi sul concetto di continuità di cure, dal momento che si pone l'accento sui processi di cura e di assistenza a partire dai bisogni dei pazienti, piuttosto che sulla suddivisione ospedaliera secondo criteri di specialità disciplinare.

Parole chiave: Cure progressive, Italia, Continuità delle cure, Assistenza centrata sul paziente

ABSTRACT

Aim of this article is to review the literature about the Progressive Patient Care Model, in particular its conceptual and practical characteristics, its implementation and effects on the current health care organization. Was conducted by an integrative-narrative literature review.

The Progressive Patient Care is a model which aims at group patients according to their complexity in order to place patients in the most appropriate care setting.

The original model consists on five care levels: intensive care, intermediate care, self-care, long term care, home care. In Italy the above mentioned model can be considered as a contextualization of Progressive Patient Care in the light of similarities both in terms of model purposes and care levels classification.

The organization for intensive care levels is an opportunity for Italian healthcare facilities to reach continuity of care. This model emphasizes care processes looking to patients' needs rather than a division according to criteria of specialties.

Keywords: Progressive Patient Care, Italy, Continuity of Patient Care, Patient Centered Care

INTRODUZIONE

Da parecchi anni in Italia si parla della necessità di cambiamento nell'organizzazione sanitaria.

L'allungamento della vita media ha generato un aumento dell'incidenza di patologie a carattere cronico-degenerativo e della prevalenza di comorbidità; al tempo

stesso l'innovazione tecnologica e le scoperte scientifiche in ambito medico e farmacologico hanno ridotto la mortalità per eventi acuti, ma hanno generato nel contempo un carico di bisogni assistenziali che non possono essere soddisfatti in maniera autonoma dalle persone. Tutto questo ha avuto forti ricadute dal punto di vista economico, specie in un Paese dove la salute è un diritto garantito costituzionalmente (Art. 32 Cost. It).

In questo senso è nata l'esigenza di trovare risposte che siano maggiormente aderenti sia ai bisogni di salute dei cittadini, sia alla razionalizzazione degli investimenti economici evitando gli sprechi nella spesa pubblica.

Non è facile trovare in letteratura l'esatto inizio delle riflessioni sulla riorganizzazione degli ospedali attraverso il modello basato sull'intensità di cura, di certo

- 1 Dottoranda di Ricerca in Scienze Infermieristiche, Università degli studi dell'Aquila
- 2 Ricercatore Universitario Scienze infermieristiche, Dipartimento Specialità medico-chirurgiche, scienze radiologiche e sanità pubblica, Università degli studi di Brescia
- 3 Ricercatore Universitario di Scienze infermieristiche, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli studi de L'Aquila,
- 4 Professore Associato di Scienze Infermieristiche, Dipartimento di Medicina Clinica, Sanità Pubblica, Scienze della Vita e dell'Ambiente, Università degli studi de L'Aquila. Corrispondenza: loreto.lancia@univaq.it

un riferimento legislativo citato largamente è la Legge Regionale Toscana n. 40 del 24/02/2005 nella quale si incoraggiano le sperimentazioni di riorganizzazione delle Aziende Ospedaliere attraverso il modello per intensità di cure (Art. 68 – comma 2).

In seguito alle prime sperimentazioni in Regione Toscana, altre Regioni (Emilia e Romagna, Lombardia, Liguria) (Amato 2012, Bollini 2012, Mongardi 2012, Silvestro 2012) si sono mosse in questo senso dando spazio alla riorganizzazione innovativa delle Aziende Ospedaliere attraverso questo modello, specialmente in quei casi dove anche l'architettura degli ospedali doveva essere rinnovata o realizzata *ex novo*. Non è facile, inoltre, reperire nella letteratura convenzionale articoli che descrivano il modello dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC): ad oggi è possibile trovare materiale solo consultando la letteratura grigia.

Tuttavia il modello di riorganizzazione ospedaliera in base all'intensità di cura non può essere considerato una novità assoluta: ciò risulta evidente qualora ci si confronti con il modello statunitense, che a partire dagli anni '50 è andato progressivamente affermandosi nelle realtà assistenziali americane (Anonymous, 1962). Si tratta del modello denominato "Progressive Patient Care" (PPC) (Anonymous, 1962), che negli anni successivi è stato esportato sia nel Regno Unito, che in altri Paesi di matrice anglosassone favorendo lo sviluppo di unità assistenziali suddivise per progressione di cure (Ingram, 1960).

SCOPO

Il presente articolo si pone i seguenti obiettivi:

1. riassumere la letteratura relativa alla PPC quale modello di management sanitario così come inteso nella sua forma originale, ponendo particolare attenzione alle sue caratteristiche sia concettuali sia pratiche, al suo sviluppo nel corso degli anni (anche attraverso le Progressive Care Unit, le High Dependency Unit, le Subacute/Transitional Care e altre forme di cure progressive) e agli effetti che ha avuto sugli attuali sistemi sanitari;
2. individuare possibili analogie tra il modello organizzativo della PPC ed i modelli per intensità di cure attualmente sperimentati in Italia.

MATERIALE E METODI

Nel marzo 2013 è stata condotta una revisione integrativa-narrativa della letteratura attraverso la consultazione delle banche dati PubMed, Web of Science, Cinahl, e Scopus utilizzando come parole chiave "Progressive Patient Care", "PPC", "Care Progressive",

"Progressive Care", "organization and administration" quali termini presenti nel titolo o nell'abstract, oppure come termini MeSH e ponendo come unico limite che la pubblicazione fosse in lingua inglese.

Grazie all'ausilio dell'applicativo EndNoteWeb® è stato operato un filtro per eliminare gli articoli che si presentavano più di una volta: ne sono, dunque, risultati un totale di 354, di cui 241 scartati rispettivamente a seguito della valutazione del titolo (45), della lettura dell'abstract (145) e della lettura del testo integrale (51). E' stato necessario leggere il full text di un così elevato numero di articoli perché questi erano sprovvisti di abstract. Non è stato possibile valutare 76 articoli per impossibilità ad accedere al loro full-text (datazione piuttosto lontana, pubblicazione su riviste interne alle istituzioni di riferimento, mancanza del riferimento agli autori) (Fig. 1).

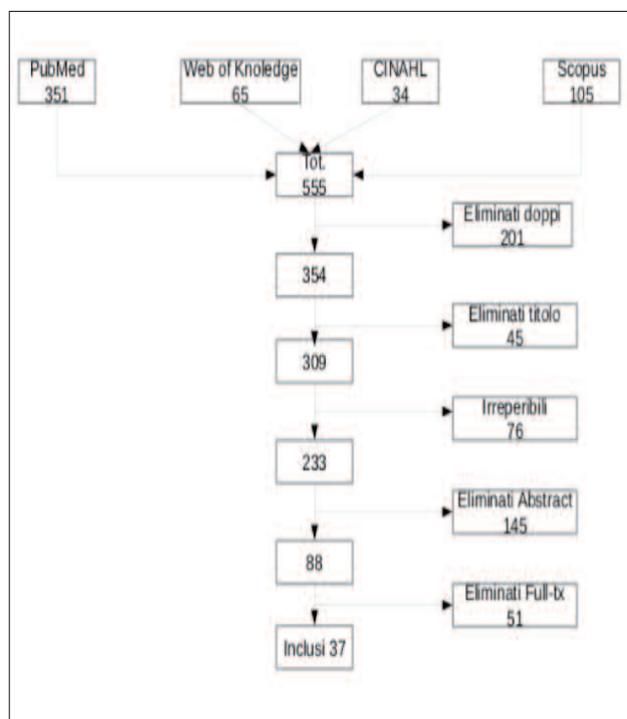


Figura 1. Processo di selezione degli articoli

I 37 articoli selezionati sono stati divisi in due gruppi: 1) quelli che facevano riferimento all'intero modello organizzativo della PPC (10 articoli) e 2) quelli che, invece, si occupavano di un solo elemento contenuto nel modello e quindi dell'attuazione del modello nei vari livelli di assistenza (27 articoli).

Il materiale reperito è stato analizzato valutandone i contenuti sulla base della seguente classificazione:

- 1) presupposti che hanno indotto al cambiamento del modello organizzativo;
- 2) definizione concettuale del modello;
- 3) finalità applicativa del modello;
- 4) elementi caratterizzanti il modello;
- 5) punti di forza e di debolezza del modello.

Per quanto attiene gli articoli che fanno riferimento ad un solo elemento previsto dal modello, i punti sono stati esplorati facendo riferimento solo a tale elemento ma con le medesime finalità di studio.

RISULTATI

Il modello organizzativo della “Progressive Patient Care”

Sono stati analizzati 10 articoli relativi alla PPC che rientrano in un arco di tempo compreso tra il 1959 ed il 1986.

Presupposti per il cambiamento

Nel suo articolo Haldeman (1959) si sofferma particolarmente sull'analisi dei problemi emergenti nel sistema sanitario statunitense che hanno generato i presupposti per un cambiamento dell'organizzazione sia nell'ambito della sanità territoriale sia ospedaliera. In particolare l'Autore sottolinea come la domanda di assistenza cambi a seguito della nuova tecnologia, delle scoperte scientifiche e dei cambiamenti socio-demografici, aggiungendo che a una domanda che cambia corrisponde un innalzamento dei costi qualora non si trovino nuove strategie di risposta che siano maggiormente mirate al soddisfacimento del bisogno in senso stretto.

Nello stesso anno anche Abdellah et al. (1959) fanno una riflessione su un cambiamento della sanità statunitense che, in questo caso, va in direzione di un bisogno assistenziale diverso: gli autori, infatti, richiamano l'insoddisfazione dei pazienti ricoverati per il fatto di ricevere un'assistenza infermieristica di durata media di 18 minuti all'interno di un turno di 8 ore.

Definizioni di PPC

Partendo dalle definizioni che gli Autori danno della PPC (box 1), si può notare come esse ruotino attorno ad alcuni concetti fondamentali:

1. pone al centro le necessità cliniche e assistenziali del paziente (Abdellah et al., 1959; Haldeman, 1959; Ingram, 1960; Irvine, 1963; Ridley, 1998; Raven, 1962);
2. è finalizzato a una riorganizzazione del modello di cure sanitarie: organizzazione di strutture, servizi (Abdellah et al., 1959; Haldeman, 1959; Ridley, 1998);
3. prevede una classificazione/raggruppamento delle persone assistite in base ai propri bisogni clinico-assistenziali (Abdellah et al., 1959; Ingram, 1960; Irvine, 1963; Patterson, 1960; Raven, 1962).

Irvine (1963), nella sua definizione, aggiunge una puntualizzazione: i bisogni del paziente cambiano durante la propria degenza, quindi, nella fase di ricovero dovranno cambiare anche i livelli di cura.

Obiettivi/finalità di PPS

L'adeguatezza dei servizi in risposta alle esigenze del paziente (Haldeman, 1959; Anonymous, 1962; Raven, 1962) e il miglioramento della qualità dell'assistenza (Ingram, 1960; Mittra et al., 1986) sono sicuramente le finalità centrali dei PPS maggiormente citate in letteratura, alle quali vanno ad aggiungersi, nello specifico, quelle relative a un utilizzo efficiente del personale infermieristico (Raven, 1962; Hartley et al., 1968) anche a fronte di una possibile carenza di personale qualificato. Ne deriva, dunque, che una delle finalità della nuova organizzazione sarebbe anche quella di promuovere modelli organizzativi che valorizzino le competenze specifiche degli infermieri (Hartley et al., 1968, Patterson 1960).

- La PPC è l'organizzazione di strutture, servizi, e personale vicino alle necessità cliniche e assistenziali del paziente. (Haldeman, 1959);
- La PPC può essere definito semplicemente come una classificazione sistematica che si fonda sulla suddivisione dei pazienti in base alle loro necessità mediche e infermieristiche (Ingram, 1960);
- La PPC è il raggruppamento sistematico dei pazienti in base al loro grado di malattia e dipendenza assistenziale (Raven, 1962);
- La PPC rappresenta un nuovo approccio di assistenza al paziente attraverso un raggruppamento basato sui bisogni medici e infermieristici dei pazienti piuttosto che in base alle categorie delle malattie o delle stanze. Riorganizzazione di servizi e personale attorno ai bisogni medici ed infermieristici dei pazienti (Abdellah et al., 1959);
- La PPC è la classificazione dei pazienti in accordo con i loro bisogni medici e infermieristici. Tali bisogni cambiano durante la degenza del paziente. Il risultato di sei anni di ricerche è stato recentemente pubblicato in America e il PPC è ora descritto come “il tipo di servizio ospedaliero che incontra i bisogni dei pazienti” e “il paziente giusto nel giusto letto con i servizi giusti nel tempo giusto” (U.S. Dept. of Health, 1962; Irvine, 1963);
- La migliore assistenza al paziente possibile al costo più basso (Pearson et al., 1975);
- La PPC è un sistema di organizzazione delle cure dei pazienti nella quale i pazienti sono raggruppati in unità a seconda dei propri bisogni come determinato dal loro livello di malattia (Ridley, 1998).

Box 1. Definizioni della Progressive Patient Care

Nella dichiarazione delle finalità, Ingram (1960) introduce anche il problema dei costi, sostenendo che il PPC ha come obiettivo l'aumento della qualità dell'assistenza senza incremento dei costi.

Articolazione del modello

Un ospedale che basa la propria organizzazione sulla PPC può avere, secondo le raccomandazioni del Servizio di Salute Pubblica statunitense, da una a cinque unità assistenziali (Patterson 1960).

In effetti gli articoli relativi al modello della PPC prevedono, in alcuni casi, 5 livelli di assistenza e cura (Haldeman, 1959; Abdellah et al., 1959; Pearson et al., 1975; Mittra et al., 1986): *intensive care, intermediate care, self-care, long term care e organized home care*, che, anche se diversamente denominate, non variano nel contenuto.

Tre studi escludono il livello domiciliare (Anonymous, 1962; Raven, 1962; Irvine, 1963).

Ingram (1960) e Hartley et al. (1968) sostengono, invece, che l'articolazione dell'ospedale che offre un'organizzazione basata sulla PPC dovrebbe fornire tre livelli di assistenza: intensiva, intermedia e bassa. In particolare Ingram sostiene che le long term care dovrebbero essere legate all'ospedale solo dal punto di vista funzionale, ma collocate al di fuori, mentre l'assistenza domiciliare dovrebbe essere parte integrante dei servizi territoriali.

Le diverse unità di cura hanno caratteristiche precise e ad esse vanno assegnati pazienti con bisogni assistenziali specifici, ovvero:

INTENSIVE CARE in esse vengono ricoverati i pazienti in condizioni particolarmente critiche a prescindere dalla diagnosi (Haldeman, 1959; Ingram, 1960; Anonymous, 1962; Raven, 1962; Hartley et al., 1968; Mittra et al., 1986; Abdellah et al., 1959; Irvine, 1963; Pearson et al., 1975), e che, per le loro condizioni critiche, hanno necessità di assistenza, osservazione e monitoraggio continuo (Hartley et al., 1968; Pearson et al., 1975; Abdellah et al., 1959) da parte di un numero elevato di infermieri (Anonymous, 1962) con abilità, formazione ed esperienza particolarmente elevate (Pearson et al., 1975).

INTERMEDIATE CARE: il ricovero presso tali unità è indicato per quei pazienti che non sono in pericolo di vita né in situazioni di emergenza (Haldeman, 1959; Anonymous, 1962), che necessitano di una moderata quantità di assistenza infermieristica (Hartley et al., 1978; Pearson et al., 1975) e che hanno la possibilità di iniziare a partecipare alla pianificazione della propria cura (Haldeman, 1959; Pearson et al., 1975; Abdellah et al., 1959); in particolare tali pazienti necessitano di educazione sanitaria e/o terapeutica nonché di supporto per accettare la propria condizione di cronicità (Abdellah et al., 1959). Mittra et al. (1986) e Irvine

(1963) sostengono che questa tipologia di unità sia la più indicata per i pazienti con patologie allo stadio terminale.

SELF CARE: sono unità di cura che spesso vengono definite di tipo alberghiero (Haldeman, 1959; Anonymous, 1962; Raven, 1962), dove i pazienti con bisogni di carattere terapeutico e/o diagnostico (Mittra et al., 1986; Pearson et al., 1975) possono svolgere le attività quotidiane in modo autosufficiente e dove l'attività assistenziale primaria è di tipo educativo (Raven, 1962; Mittra et al., 1986; Abdellah et al., 1959). Raven, in particolare, sottolinea come questa unità sia particolarmente adatta per la dimissione dall'ospedale al domicilio.

LONG TERM CARE: in letteratura la descrizione di questa tipologia di unità è poco approfondita. Viene esplicitato solo che molte delle attività assistenziali ivi condotte sono eseguite dagli operatori di supporto sotto la supervisione dell'infermiere, e che infermiere e paziente collaborano nella stesura del piano assistenziale (Abdellah et al., 1959).

ORGANIZED HOME CARE: Questo tipo di "ospedalizzazione" dovrebbe essere centrata sulla prevenzione e promozione della salute della comunità e sul sostegno delle persone convalescenti (Mittra et al., 1986) e che esprimono bisogni di salute tali da poter essere assistite al meglio anche al proprio domicilio (Pearson et al., 1975). I servizi minimi da erogare sarebbero quelli a carattere medico, infermieristico e sociale, che dovrebbero integrarsi con il lavoro del medico di famiglia (Haldeman, 1959).

Problematiche che emergono nell'attuazione della PPC

Transitare da un'unità operativa a un'altra si è rivelato un problema che ha creato disagi agli assistiti, a causa del clima di familiarità con il personale che si interrompe nel momento del trasferimento e la relativa difficoltà a doverlo ricreare nell'unità di destinazione (Hartley et al., 1978; Pearson et al., 1975; Patterson, 1960). Problema, questo che dovrebbe essere superato informando meglio i pazienti sugli aspetti relativi al trasferimento (Hartley et al., 1978; Mittra et al., 1986).

Da questo punto di vista le unità di self-care hanno determinato qualche problema in più per il livello di socializzazione raggiunto dai pazienti, nonché per la scarsa presenza di personale infermieristico (Pearson et al., 1975).

Benefici che derivano dall'implementazione della PPC

Nel lavoro sviluppato da Mittra et al. (1986) vengono evidenziati i benefici che derivano dall'implementazione del metodo del PPC. Gli autori suddividono tali vantaggi a beneficio:

- del paziente, che riceve assistenza specializzata quando ne ha bisogno e che, nel contempo, è aiutato nel passaggio graduale dall'ospedale al

proprio domicilio. Nel caso di assenza di criticità non è privato di cura e di assistenza, comunque erogate in maniera distinta rispetto a chi si trova, invece, in condizioni critiche;

- del medico, al quale è data una maggiore garanzia che il paziente stia ricevendo una elevata qualità di cure e che vi sia la possibilità di un trattamento di emergenza nelle immediate vicinanze del paziente, qualora fosse necessario;
- dell'infermiere, che può fare un uso efficace delle proprie competenze cliniche e che può svolgere al meglio la propria attività finalizzata a soddisfare i bisogni del paziente, avvalendosi di una migliore pianificazione dell'assistenza in un contesto di bisogni piuttosto uniformi ed in presenza di un efficace programma educativo specifico per tipologia di livello di cura;
- dell'ospedale, dove l'uso appropriato delle risorse umane e strutturali dovrebbe migliorarne l'immagine nella comunità e il coordinamento delle proprie attività con quelle domiciliari, sanitarie e sociali.

L'attuazione del Modello nei vari livelli di assistenza

Sono stati analizzati 27 articoli che riguardano un singolo elemento della PPC.

Progressive Care Unit (PCU)

Il modello della PPC ha dato avvio, tra l'altro, alle "Progressive Care Unit" (PCU), presenti in diverse parti del mondo, delle quali sono stati evidenziati i benefici attraverso una ricca letteratura (Harding, 2009; Keegan et al., 2008; Meyer, 2002).

Sulla definizione delle PCU c'è una certa omogeneità: esse forniscono cure a pazienti stabili, con malattia critica, complessi e vulnerabili (Quintero, 2002; Fitzpatrick, 2002; Kreimer, 2012). Sono lo "step-down" dalle cure critiche e lo "step-up" dai reparti generali medico-chirurgici. I pazienti non sono così gravi da richiedere un ricovero in unità intensive, ma sono troppo complessi per il rapporto infermiere/paziente delle unità generali. La caratteristica fondamentale dei pazienti è quella di essere stabili dal punto di vista della criticità, anche se nella fase acuta della malattia, con un bisogno di monitoraggio continuo dovuto al rischio di un deterioramento rapido delle funzioni e complessi dal punto di vista assistenziale (McCabe et al., 2005; Kreimer, 2012).

Sono state identificate alcune caratteristiche dei pazienti che in esse vengono ricoverati: necessità di monitoraggio elettrocardiografico e respiratorio con interventi correlati, gestione di dispositivi quali pacemakers temporanei, cateteri arteriosi e sistemi di supporto ventilatorio non invasivo. Tali pazienti, dunque, necessitano di un accertamento infermieristico

approfondito e di interventi di maggiore intensità rispetto a quelli ricoverati in unità generaliste. Questi pazienti, inoltre, necessitano di un programma di educazione sanitaria accurata e mirata alle pratiche di autocura e di riabilitazione per essere preparati alla dimissione domiciliare o a un livello successivo di cure (McCabe et al., 2005).

Dal punto di vista economico, rispetto alle unità intensive, le PCU rappresentano una strategia efficace per fornire cure sicure a costi inferiori a un ampio numero di pazienti con patologie acute. Le istituzioni hanno favorito la nascita delle PCU per promuovere un utilizzo efficace dei letti nelle ICU (Intensive Care Units) e rispondere ai bisogni assistenziali dei pazienti acuti (McCabe et al., 2005). Per assicurare tali risposte gli infermieri devono uniformarsi ad una formazione rigorosa che fornisca loro competenze specifiche ed approfondite (Meyer, 2002; Fitzpatrick, 2002).

High Dependency Unit (HDU)

Le "High Dependency Unit" sono una componente integrale della PPC (Crosby et al., 1990), ricomprese tra le cure intermedie; esse, infatti, forniscono un livello di cura compreso tra quello di un reparto generale e le cure intensive (Ridley, 1998; Bodenham et al., 1996) ponendosi come anello fondamentale nella catena della continuità delle cure. I pazienti che vengono ricoverati in queste unità hanno necessità di essere monitorizzati e supportati nelle funzioni vitali in quanto hanno, o potrebbero avere, uno scompenso acuto di un singolo organo ed andare incontro a severe complicanze.

I pazienti, dunque, sono caratterizzati dal bisogno di un monitoraggio continuo piuttosto che di cure mediche intensive e, a differenza delle "Intensive Care Units", nelle HDU non è previsto il supporto della ventilazione meccanica. Le HDU sono molto simili alle precedenti, le PCU, ma le organizzazioni che utilizzano questa denominazione basano la loro "classificazione" dei pazienti più in base al grado di dipendenza della persona che rispetto ad altri indici.

L'interesse per questa tipologia di unità è cresciuto con l'incremento degli interventi di chirurgia maggiore che ha determinato il bisogno di cure post operatorie più sofisticate, la necessità di ridurre i costi e di migliorare la qualità delle cure post chirurgiche. Le cure intermedie, infatti, possono offrire l'opportunità di migliorare l'assistenza postchirurgica (Edbrooke, 1996; Ridley, 1998), sebbene di norma, esse servano un ampio spettro di reparti sia di tipo medico sia chirurgico.

La decisione circa il ricovero in HDU o ICU è funzionale al grado di dipendenza rispetto ai bisogni di tipo infermieristico (Bodenham et al., 1996). Ciò comporta che le HDU concentrino elevati livelli di expertise infermieristica e necessitino di un rapporto infermiere/paziente di 1:2 (Crosby et al., 1990;

Edbrooke, 1996; Bodenham et al., 1996). Gli infermieri che lavorano in queste unità, dunque, devono possedere le competenze necessarie per prendersi cura in modo autonomo dei pazienti loro affidati (Elliott, 1997).

Subacute Care (SC)

Per quanto riguarda le SC, a differenza del livello di cure precedente, Shriver (1996) sostiene che non solo esiste una certa difformità sul significato del termine, ma arriva anche a porsi il quesito se esso sia in realtà qualche cosa di nuovo. Per l'autore il concetto di Subacute Care ricomprenderebbe quasi tutti i servizi per post-acuzie, andando a riempire un vuoto esistente nel continuum delle cure tra la fase acuta del ricovero ed il momento della dimissione, includendo riabilitazione, cure a lungo termine e cure domiciliari (Walsh et al., 1995). Rispetto a tale difficoltà nel definire chiaramente questo concetto, c'è da aggiungere che talvolta "Subacute Care" e "Transitional Care" vengono considerati sinonimi (Fowler, 1992; Walsh et al., 1995).

In letteratura sono emerse diverse tipologie di classificazioni dei servizi di SC, oltre a quelle descritte da Shriver (1996), che li divide in ospedalieri ed extraospedalieri (nursing homes): in base alla durata dei servizi, vengono suddivisi in SC a breve termine (da tre a trenta giorni), per pazienti che presentano un alto potenziale di miglioramento funzionale; SC intermedie (tra i 30 e i 90 giorni) e SC a lungo termine (da 90 giorni a 3 anni) per pazienti che presentano danni gravi (Fowler, 1992). A questi tre livelli Rousso (1995) aggiunge un livello di SC di transizione e uno di tipo cronico. Non solo, lo stesso autore introduce altre tipologie di classificazione che potrebbero basarsi sull'inquadramento diagnostico o sul numero delle prestazioni mediche.

I fattori che avrebbero spinto la crescita delle Subacute Care sarebbero da ricercarsi (Fowler, 1992; Rousso, 1995) nella tecnologia che ha aumentato la speranza di vita anche a seguito di incidenti severi, nella maggior importanza data al mantenimento di una buona qualità di vita anche nelle persone anziane, nelle necessità di ridurre i costi fornendo maggiore accessibilità alle cure appropriate.

Le persone che dovrebbero essere incluse nei programmi di SC sono rappresentate da coloro che richiedono cure meno intensive di quelle tradizionali per acuti, ma comunque più intense rispetto a quelle fornite dalle Nursing Homes: tali pazienti, infatti, hanno bisogni di tipo assistenziale o riabilitativo caratterizzati da alta complessità. Sicuramente i pazienti che più necessitano di tali servizi sono principalmente persone anziane (ma non necessariamente) che hanno bisogno di cure post chirurgiche, oncologiche, cardiologiche o riabilitative (Fogel et al., 1995; Walsh et al., 1995). I servizi assistenziali che le Subacute Care possono fornire sono: somministrazione di terapia endovenosa, nutrizione parenterale

totale, alimentazione enterale, riabilitazione, stoma-care, chemioterapia, terapia radiante, emodialisi. Le condizioni più comunemente trattate sono: incidenti cerebrali e spinali, ulcere, HIV, demenza di tipo Alzheimer, disfagia e patologie neuro vascolari (Rousso, 1995; Walsh et al., 1995).

L'obiettivo principale che tali Servizi si pongono è di aiutare i pazienti a raggiungere il loro più elevato grado di funzionalità, minimizzando le riammissioni negli ospedali per acuti (Walsh et al., 1995)

L'altro obiettivo che viene più volte ripreso dalla letteratura è il contenimento dei costi che deriverebbe dall'ottimizzazione dei Servizi di SC (Fogel et al., 1995, Rousso 1995): vi sono autori, infatti, che dichiarano che le SC porterebbero una riduzione della spesa variabile tra il 20 e il 60% rispetto agli stessi servizi forniti sotto forma di cure per acuti (Fowler, 1992; Walsh et al., 1995).

Transitional Care (TC)

Come in precedenza accennato "Transitional Care" e "Subacute Care" hanno molti aspetti in comune, tanto che vi sono autori che sostengono che i due programmi siano in realtà un unico programma che prende nomi diversi (Fowler, 1992; Walsh et al., 1995; Gray et al., 2008).

La caratteristica principale di questo programma è quella di essere attivato alla conclusione di un episodio di ricovero ospedaliero attraverso un tipo di supporto (di breve durata - 8/12 settimane) rappresentato da un pacchetto di servizi che comprende: attività di vita quotidiana, limitata assistenza di tipo medico e infermieristico, servizi riabilitativi e cure personali (Cameron et al., 2007; Gray et al. 2008).

I pazienti che accedono al programma di TC hanno in genere un'età piuttosto elevata (spesso superiore ai 75 anni), necessitano di assistenza psicosociale complessa e di cure infermieristiche non intensive spesso correlate a problemi di tipo respiratorio o mentale, nonché mancano di supporto familiare (Arford et al., 1996). Inoltre questi pazienti, candidati all'accesso a strutture residenziali per anziani, trovandosi nella fase post-acuta della malattia presentano bisogni di tipo educativo e supportivo specifici (Wiles et al., 2002).

Le finalità del programma, dunque, rispetto agli outcomes del paziente sono riassumibili in:

- ottimizzazione delle capacità funzionali fisiche, cognitive e psicosociali del paziente, con miglioramento della prospettiva di una vita autonoma;
- facilitazione dei trasferimenti tra ospedali e settori di cura per anziani attraverso una migliore integrazione dei servizi.

Vi è inoltre una finalità chiave di interesse gestionale, che è quella di minimizzare il prolungamento

inappropriato della degenza ospedaliera ed evitare il ricovero prematuro presso strutture residenziali (Cameron et al., 2007; Gray et al., 2008; Walsh et al., 1999).

Tra i programmi delle *Transitional Care/Intermediate Care* si trovano le *Nurse Led Unit* (NLU). Il loro concetto fu introdotto per la prima volta nel Regno Unito negli anni '80 da Pearson (Griffiths et al., 1998) e la loro caratteristica distintiva è che le cure sono gestite interamente dal personale infermieristico (Wiles et al., 2002). Esse sono destinate a pazienti stabili dal punto di vista clinico, ma non ancora pronti per essere dimessi e hanno la finalità di ridurre i tempi della permanenza in reparti per acuti, oltre che di evitare le riammissioni ospedaliere e migliorare il passaggio dall'ospedale al domicilio garantendo la continuità delle cure e dell'assistenza (Steiner, 2001a). Rispetto ai bisogni dei pazienti, inoltre, si propongono il raggiungimento di una migliore qualità delle cure e degli outcomes clinici dei pazienti in esse ricoverati (Wiles et al., 2002).

Il modello infermieristico su cui si basano è centrato sulla personalizzazione delle cure e la visione olistica della persona. Gli infermieri hanno la responsabilità della gestione del recupero dell'autonomia della persona anche attraverso azioni di incoraggiamento all'autocura (Steiner, 2001b). In questi termini risulta evidente che tali interventi possono essere forniti e guidati in maniera appropriata dagli infermieri (Wiles et al., 2002).

Medical Hotel

Solo uno studio fa riferimento ai Medical Hotels: l'autore sostiene che essi hanno una relazione solida e proficua con gli ospedali, giocando un ruolo importante nello sviluppo dell'accessibilità ai servizi sanitari (Burns, 1992).

DISCUSSIONE

La revisione della letteratura relativa alla PPC mette in luce numerosi aspetti riconducibili all'organizzazione ospedaliera per intensità di cura che da una decina di anni è prevista in alcune regioni italiane e in sperimentazione da un paio di anni, anche se in forme diverse, in alcune realtà ospedaliere (Amato, 2012; Bollini, 2012; Mongardi, 2012; Silvestro, 2012).

Sebbene non vi siano riferimenti nella letteratura convenzionale riguardo all'organizzazione ospedaliera per intensità di cure, la vasta letteratura grigia a disposizione suggerisce che gli obiettivi che la PPC si poneva sin dalle sue origini e quelli dell'Ospedale per Intensità di Cure (OIC) sono pressoché sovrapponibili. Anche per l'OIC, come per la PPC, l'obiettivo principale è il raggiungimento dell'equilibrio tra domanda di salute della persona ed erogazione dell'assistenza

(Giusepi, 2012; Bollini, 2012; Mongardi et al., 2012; Silvestro, 2012) e l'efficienza nell'impiego delle risorse in tutti i suoi aspetti (Giusepi, 2012; Silvestro, 2012).

Una delle principali differenze che invece si nota tra il modello della PPC e quello dell'OIC riguarda l'articolazione dei livelli di intensità assistenziale.

Mentre la PPC include, secondo il modello originario americano 5 tipologie di cure progressive (Abdellah et al., 1959; Haldeman, 1959; Pearson et al., 1975), i modelli sviluppati al di fuori degli Stati Uniti hanno ridotto i livelli da 4 o 3, escludendo principalmente quelle cure che vengono (o possono venire) erogate al di fuori delle strutture ospedaliere (Hartley et al., 1968; Ingram, 1960; Irvine, 1963; Raven 1962). Pertanto la riduzione dei livelli di cura e di assistenza non risulta essere prevalentemente di tipo quantitativo, ma qualitativo.

Anche in Italia i livelli previsti dall'OIC sono 3: alta, media e bassa intensità assistenziale, dove la alta è chiaramente paragonabile alla Intensive Care, la media alla Intermediate Care e la bassa, invece, è di difficile collocazione, sebbene potrebbe in generale identificarsi con le *Subacute Care* (*nursing-led inpatient units e/o self care units*) (Giusepi, 2012).

Ingram (1960), nel proprio lavoro chiarisce che sia le Long term care che le cure domiciliari non dovrebbero essere gestite direttamente dall'ospedale, ma le prime dovrebbero dipendere solo dal punto di vista funzionale, mentre le seconde essere organizzate e gestite dai servizi territoriali.

Sebbene sia condivisibile che non debba essere l'ospedale per acuti ad occuparsi del livello di bassa intensità di cure, oggi appare impossibile pensare di tralasciare questo livello proprio a seguito delle premesse descritte che hanno spinto, sia all'estero che in Italia, al cambiamento dell'organizzazione assistenziale (Haldeman, 1959; Amato, 2012). Non può essere solo il sistema ospedaliero a dover essere coinvolto nella riorganizzazione, quanto piuttosto l'intero sistema assistenziale: individuare a quale livello di intensità di cura si colloca un paziente in relazione alla propria complessità assistenziale, significa collocarlo a un livello che potrebbe non trovare risposta all'interno di un ospedale per acuti, ma piuttosto in strutture territoriali ad hoc o presso il proprio domicilio.

Tra i benefici derivanti dal modello della PPC evidenziati nel lavoro di Mittra et al. (1986), emerge che un programma di assistenza domiciliare, come parte della PPC, dovrebbe aiutare l'ospedale nel coordinamento delle proprie attività con i servizi sanitari e sociali.

Questa, oggi, è la vera sfida: non basta guardare ai livelli di intensità assistenziale solo dal punto di vista della riorganizzazione degli ospedali per acuti, è necessario ripensare quel livello di assistenza che nel pano-

rama internazionale coincide con le *Transitional Care* e le *Home care*, al fine di facilitare i passaggi che accompagnano la persona all'interno dei vari livelli assistenziali, mettendo in risalto la continuità delle cure attraverso la valorizzazione dei suoi elementi essenziali: 1) operatore sanitario che conosce e segue il paziente in ogni contesto di cura diverso 2) la comunicazione tra operatori di informazioni rilevanti del paziente e 3) la collaborazione tra gli operatori, sia in un ambiente di cura unico che nei diversi setting assistenziali, per garantire che vi sia un collegamento tra le diverse strutture di cure e di assistenza (Uijen, 2011).

Vi sono studi, infatti, che dimostrano che una maggiore continuità di cure si associa a migliori outcomes assistenziali e a una migliore soddisfazione dei pazienti (van Walraven et al., 2010), sebbene un'autorevole revisione della letteratura non sia riuscita a trovare evidenze che associno un miglioramento degli outcomes assistenziali delle persone affette da patologia neoplastica a un programma di continuità assistenziale (Aubin et al., 2012).

Inoltre, evidenze positive, anche se in numero limitato, esistono in merito ai programmi di transitional care (in particolare per quanto attiene alle *nurse-led*) che avrebbero il pregio di migliorare i tassi di riammissione, la qualità della vita, e i costi sanitari. In uno studio recente (Stamp et al., 2013) che ha coinvolto pazienti con insufficienza cardiaca, le visite a domicilio combinate con contatti telefonici sono risultate efficaci nel facilitare il passaggio dall'ospedale al domicilio stesso. In un Trial Randomizzato Controllato si sottolinea come anche le cure alle persone ad elevata fragilità, che presentano bisogni sia di tipo sociale che sanitario, trovano la giusta collocazione al di fuori delle strutture ospedaliere, pur riconoscendo che questo tipo di servizi dovrebbe essere inserito nel territorio tenendo in preminente considerazione il contesto locale (Crotty et al., 2005).

Infine, un modello organizzativo tendente a ridefinire i percorsi di salute sulla base dei concetti di complessità ed intensità dell'assistenza renderebbe più facilmente quantizzabile il carico di lavoro infermieristico, consentendo la piena sostenibilità finanziaria di tutte le funzioni del nursing, così come definito dall'*International Council of Nursing* (ICN, 2010) nella sua accezione molto ampia, che ne contempla anche una dimensione politica, scientifica, organizzativa ed educativa, oltre a quella tipicamente assistenziale (Lancia et al., 2011).

CONCLUSIONI

Il lavoro proposto mette in evidenza come il modello della PPC, sviluppato a partire dagli anni '50 negli Stati Uniti, abbia importanti punti in comune con l'attuale modello organizzativo ospedaliero per intensità di cure

da alcuni anni in sperimentazione in Italia.

Tuttavia, mentre il modello statunitense ha previsto la necessità di sviluppare nel proprio interno anche l'assistenza di transizione e domiciliare, in Italia, la riorganizzazione sperimentale si è concentrata prevalentemente sull'ospedale per acuti tralasciando quel livello di cure a minore intensità, nonostante esso riguardi un'ampia parte della popolazione che non dovrebbe trovare la propria collocazione all'interno degli ospedali ma in servizi alternativi (transitional/home care).

In realtà il passaggio da una riduttiva ridefinizione organizzativa degli ospedali per intensità di cura a una ben più ampia e complessa riorganizzazione del sistema assistenziale che preveda la definizione di interi percorsi assistenziali dovrebbe rappresentare un obiettivo prioritario anche per il nostro Paese.

Tale riorganizzazione dei percorsi assistenziali rappresenta, infatti, il concreto presupposto per favorire la continuità assistenziale tra ospedale e territorio e, in questo senso, la riorganizzazione per intensità di cure potrebbe essere comunque un'opportunità per operare in tale direzione, dal momento che pone l'accento sui processi di cura e di assistenza a partire dai bisogni dei pazienti, piuttosto che sulla rigida suddivisione dell'ospedale secondo gli attuali criteri organici-stici di specialità disciplinare.

Risulta, pertanto, importante investire su programmi di assistenza sviluppati in altri Paesi, che meriterebbero di essere approfonditi, sperimentati e valutati.

BIBLIOGRAFIA

- Abdellah, F. G., & Strachan, E. J. (1959). Progressive patient care. *The American journal of nursing*, 59(5), 649-655. doi: 10.2307/3417741.
- Amato, M. (2012). Alcune riflessioni sull'ospedale organizzato per intensità di cure [Reflections on the intensity-of-care hospital model]. *Giornale Italiano di Nefrologia*, 29(2), 135-136.
- Anonymous. (1962). Progressive Patient Care. *British Medical Journal*, 1(5295), 1816-1817.
- Arford, P. H., Michel, Y., McCue, P. S., & Hiott, B. (1996). Quality and cost outcomes of transitional care. *Nursing Economics*, 14(5), 266-275.
- Aubin, M., Giguère, A., Martin, M., Verreault, R., Fitch, M. I., Kazanjian, A., & Carmichael, P. H. (2012). Interventions to improve continuity of care in the follow-up of patients with cancer. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7, CD007672. doi: 10.1002/14651858.CD007672.pub2
- Bodenham, A. R., & Klein, H. (1996). High dependency units: role and need. *British Journal of Hospital Medicine*, 56(5), 192-193.

- Bollini, G. (2012). Il modello per complessità clinica e intensità assistenziale: orientamento etico ed organizzativo. Paper presented at the 57° Congresso Nazionale SIGG - 13° Corso per infermieri, Milano.
- Burgin, A., & Schuetz, M. P. (1992). Establishing an alternate level of care unit. *Journal of Nursing Administration*, 22(9), 62-65.
- Burns, J. (1992). Move to outpatient settings may boost medical hotels. *Modern Healthcare*, 22(23), 57-58.
- Cameron, I. D., & Davies, O. (2007). Transition Care: what is it and what are its outcomes? *The Medical Journal of Australia*, 187(3), 197-198.
- Chaboyer, W., James, H., & Kendall, M. (2005). Transitional care after the intensive care unit: current trends and future directions. *Critical Care Nurse*, 25(3), 16-18, 20-12, 24-16 passim; quiz 29.
- Clarke, T., Abbenbroek, B., & Hardy, L. (1996). The impact of a high dependency unit continuing education program on nursing practice and patient outcomes. *Australian Critical Care*, 9(4), 138-147, 149.
- Crosby, D. L., Rees, G. A., & Gill, J. (1990). The role of the high dependency unit in postoperative care: an update. *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 72(5), 309-312.
- Crotty, M., Whitehead, C. H., Wundke, R., Giles, L. C., Ben-Tovim, D., & Phillips, P. A. (2005). Transitional care facility for elderly people in hospital awaiting a long term care bed: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 331(7525), 1110-1113. doi: 10.1136/bmj.38638.441933.63
- Edbrooke, D. L. (1996). The high dependency unit: where to now? *Annals of the Royal College of Surgeons of England*, 78(3 (Pt 1)), 161-162.
- Elliott, M. (1997). High-dependency nursing. *Australian Critical Care*, 10(2), 48.
- Fitzpatrick, M. A. (2002). Put the progress in progressive care. *Nursing Management*, 33(2), 4.
- Fitzpatrick, M. A. (2004). Inclusive leadership: the best way to support progressive care nurses. *Critical Care Nurse*, 24(2), 91-92.
- Fogel, L. A., & Gossman-Klim, K. (1995). Getting started with subacute care. Healthcare financial management: *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 49(10), 64-70.
- Fowler, F. J. (1992). Subacute care offers flexibility, revenue. *Modern Healthcare*, 22(43), 50.
- Giusepi, I. (2012). Gli strumenti per la ri-organizzazione dell'ospedale per intensità delle cure e complessità assistenziale. http://www.saluter.it/documentazione/convegni-e-seminari/convegno-ospedale-intensita-di-cura-2012/02_giusepi.pdf
- Gray, L. C., Travers, C. M., Bartlett, H. P., Crotty, M., & Cameron, I. D. (2008). Transition care: will it deliver? *The Medical Journal of Australia*, 188(4), 251-253.
- Griffiths, P., & Wilson-Barnett, J. (1998). The effectiveness of 'nursing beds': a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1184-1192.
- Haldeman, J. C. (1959). Progressive patient care: a challenge to hospitals and health agencies. *Public health reports*, 74(5), 405-408. doi: 10.2307/4590468.
- Harding, A. D. (2009). What can an intermediate care unit do for you? *Journal of Nursing Administration*, 39(1), 4-7. doi: 10.1097/NNA.0b013e31818fe3f4.
- Hartley, R., O'Flynn, W. R., Rake, M., & Wooster, M. (1968). Experiment in progressive patient care. *British Medical Journal*, 3(5621), 794-795.
- Himes, D. (2008). Long-term acute care hospitals: one hospital's experience. *Critical care nursing quarterly*, 31(1), 46-51.
- Ingram, R. F. (1960). Progressive Patient Care. *Canadian Journal of comparative medicine and veterinary science*, 24(4), 134-136.
- International Council of Nursing. (2010). Definition of Nursing. <http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>. Last Updated on Monday, 12 April 2010.
- Irvine, R. E. (1963). Progressive patient care in the geriatric unit. *Postgraduate medical journal*, 39, 401-407.
- Keegan, M. T., Brown, D. R., Thieke, M. P., & Afessa, B. (2008). Changes in intensive care unit performance measures associated with opening a dedicated thoracic surgical progressive care unit. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*, 22(3), 347-353. doi: 10.1053/j.jvca.2007.12.015
- Kreimer, S. (2012). Right care, right place. Hospitals expand progressive care. *Hospital & Health Networks*, 86(5), 20.
- La riorganizzazione per intensità di Cura nell'azienda ospedaliera-universitaria di Careggi. (2009): Azienda Regionale di Sanità della Toscana.
- Lancia, L., Di Labio, L., Carpico, A., & Petrucci, C. (2011). Aspects and relevant relationship in the nursing workload conceptualization: literature review. *Professioni infermieristiche*, 64(1), 3-10.
- McCabe, P. J., & Kalpin, P. (2005). Bold voices in progressive care: using shared decision making to implement evidence-based practice in progressive care. *Critical Care Nurse*, 25(2), 76-78, 80-72, 84-77.
- Meyer, M. N. (2002). Avoid PCU bottlenecks with proper admission and discharge criteria. *Nursing Management*, 33(6), 31-35.
- Mitra, P., & Anand, T. (1986). Progressive Patient Care. *Health and Population - Perspectives & Issues*. 9(4), 225-238.
- Mongardi, M., & Di Ruscio, E. (2012). Il modello di intensità di cura: le ricadute e gli esiti sugli operatori sanitari. Paper presented at the 57° Congresso Nazionale SIGG - 13° Corso per infermieri, Milano.
- Patterson, H. (1960). How's progressive patient care doing. *Registered Nurse*, 23, 62-68.
- Pearson, D. A., Rowe, D. S., Goldberg, B., & Seigel, E.

- (1975). Elements of progressive patient-care in yale health plan hmo. *Public Health Reports*, 90(2), 119-125.
- Quintero, J. R. (2002). Achieve cost benefits with innovative care management. *Nursing Management*, 33(4), 35-42.
- Raven, R. W. (1962). Progressive patient care. *British Medical Journal*, 1(5270), 43-44.
- Reilly, T., & Humbrecht, D. (2007). Fostering synergy: a nurse-managed remote telemetry model. *Critical Care Nurse*, 27(3), 22-26, 29-33; quiz 34.
- Ridley, S. A. (1998). Intermediate care, possibilities, requirements and solutions. *Anaesthesia*, 53(7), 654-664.
- Rouso, S. M. (1995). Managing financial pressures with subacute care. Healthcare financial management : *Journal of the Healthcare Financial Management Association*, 49(10), 88-92.
- Shriver, K. (1996). What's new in subacute care? *Modern healthcare*, 26(4), 34-38.
- Silvestro, A. (2012). L'esperienza di Porretta Terme. Retrieved Jun 03, 2013
- Stamp, K. D., Machado, M. A., & Allen, N. A. (2013). Transitional Care Programs Improve Outcomes for Heart Failure Patients: An Integrative Review. *Journal of Cardiovascular Nursing*. doi: 10.1097/JCN.0b013e31827db560.
- Steiner, A. (2001a). Intermediate care--a good thing? *Age Ageing*, 30 Suppl 3, 33-39.
- Steiner, A., Walsh, B., Pickering, R. M., Wiles, R., Ward, J., Brooking, J. I., & Team, S. N. E. (2001b). Therapeutic nursing or unblocking beds? A randomised controlled trial of a post-acute intermediate care unit. *British Medical Journal*, 322(7284), 453-460.
- Uijen, A. A., Schers, H. J., Schellevis, F. G., & van den Bosch, W. J. (2012). How unique is continuity of care? A review of continuity and related concepts. *The Journal of Family Practice*, 29(3), 264-271. doi: 10.1093/fampra/cmr104.
- Van Walraven, C., Oake, N., Jennings, A., & Forster, A. J. (2010). The association between continuity of care and outcomes: a systematic and critical review. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 16(5), 947-956. doi: 10.1111/j.1365-2753.2009.01235.x.
- Walsh, B., Pickering, R. M., & Brooking, J. I. (1999). A randomized controlled trial of nurse-led inpatient care for post-acute medical patients: a pilot study... including commentary by Gibbon B with author response. *Clinical Effectiveness in Nursing*, 3(2), 88-90.
- Wiles, R., Postle, K., Steiner, A., Walsh, B., & team, S. N. e. (2003). Nurse-led intermediate care: patients' perceptions. *International Journal of Nursing Studies*, 40(1), 61-71.

