

INTENSITÀ DI CURE IN AREA MEDICA PRESSO L'OSPEDALE VERSILIA

Paola Lambelet, Domenico Amoroso, Maurizio Lera, Alessandro Torrini, Grazia Luchini, Antonio Latella, Anna Reale, Ubaldo Bonuccelli, Vincenzo Panichi

Area Medica, Direzione Sanitaria e Infermieristica, Ospedale Versilia, Lido di Camaiore, Lucca

PREMESSA

Con la legge n. 22 (08-03-2000) (1) e la legge n. 40 (24-02-2005) (2) la Regione Toscana ha sancito il superamento dell'organizzazione ospedaliera articolata in Reparti differenziati per le singole discipline specialistiche attraverso la realizzazione di un nuovo modello di Ospedale caratterizzato da un impianto organizzativo rappresentato dal modello per intensità di cura (3). L'Ospedale Versilia è stato tra i primi in Toscana ad adottare tale nuova organizzazione.

La prevalenza in Area Medica di ricoveri acuti e non programmati, la complessità del quadro clinico, l'ineadeguatezza delle strutture di ricezione e la necessità di un approccio multiprofessionale ci hanno convinto a rendere operativa nel nostro Presidio Ospedaliero tale riorganizzazione dell'Area Medica per intensità di cure.

Gli obiettivi prefissati sono stati la messa a punto di un modello organizzativo che, in relazione a un ricovero con una degenza media ordinaria di sette giorni, i primi due-tre giorni dei quali a maggiore intensità di cure e i successivi quattro-cinque a minore intensità, garantisca una cura adeguata ai bisogni della persona assistita, modelli assistenziali all'interno dell'Area Medica uniformi fra le diverse Unità Operative, e un migliore processo di ricovero in Area Medica relativamente ad accoglienza, gestione e dimissione.

RIORGANIZZAZIONE STRUTTURALE

La Media Intensità in questo presidio ospedaliero conta un totale di 94 posti letto distribuiti su 4 corridoi situati sullo stesso piano e paralleli fra di loro (da lato mare a lato monte). Tali posti sono così distribuiti (Fig. 1):

a) 22 posti letto nel corridoio lato mare afferenti alla U.O. di Medicina;

b) 24 posti letto nel corridoio adiacente, comunicante con il precedente, 12 dei quali afferenti alla U.O. di Medicina e 12 alla U.O. di Pneumologia, e 6 letti di Ematologia nel corridoio adiacente. In questo corridoio vi sono anche 12 posti letto di Alta Intensità e

c) 18 posti letto nel corridoio adiacente verso mon-

te, 8 dei quali della U.O. di Neurologia e 10 della U.O. di Nefrologia. Adiacenti a tali letti, sempre assegnati all'Unità Operativa di Nefrologia, si trovano altri 2 posti letto dedicati ai ricoveri in regime di DH per l'allestimento degli accessi vascolari e una sezione con 3 posti letto per la gestione dei pazienti in dialisi peritoneale;

d) 24 posti letto nel corridoio lato monte, comunicante con il precedente, afferenti alla Gastroenterologia (12 letti) e alla U.O. di Oncologia (12 letti).

L'Alta Intensità, costituita da 12 letti, è provvista di *monitor* polifunzionali, ossimetria, traccia ECG, misurazione PA non invasiva e apparecchio per la ventilazione non invasiva (CPAP, BPAP). Nel reparto sono disponibili ecografo, ecodoppler, broncoscopio e *monitor* per trattamenti emodialitici.

RIORGANIZZAZIONE FUNZIONALE

Nella Figura 2 sono mostrati i flussi dei pazienti all'interno dell'Area Medica. Il flusso maggiore va dall'Alta Intensità, dove afferiscono prevalentemente pazienti provenienti dal DEU, verso la Media Intensità, in seguito al miglioramento delle condizioni cliniche; è comunque possibile che si verifichino trasferimenti

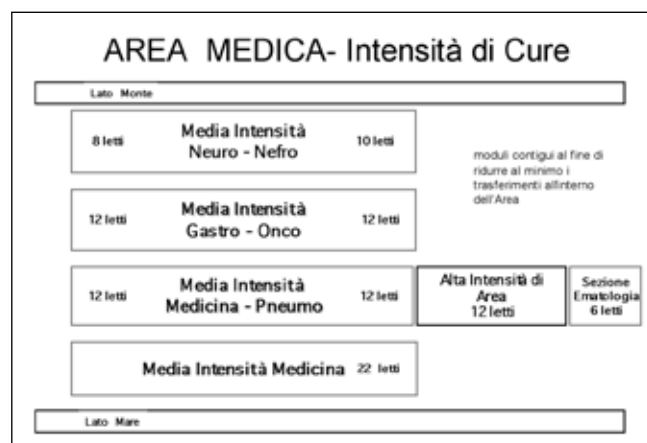


Fig. 1 - Organizzazione strutturale dell'Area di degenza medica dell'Ospedale Versilia a moduli contigui in modo da ridurre al minimo i trasferimenti all'interno dell'Area.

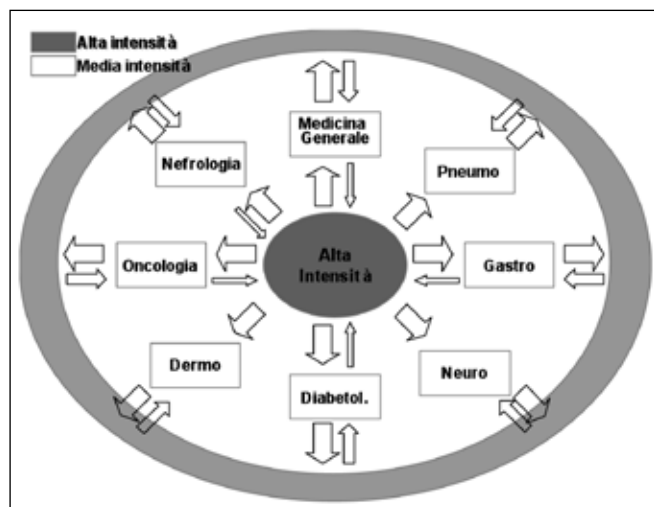


Fig. 2- Diagramma dei flussi dei pazienti nell'Area Medica.

dalla Media all'Alta Intensità per l'aggravarsi del quadro clinico.

L'Alta Intensità di Area Medica è quindi una zona condivisa tra tutte le Unità Operative costituita da 12 posti letto. Il numero di letti attribuiti ad ogni Unità Operativa è variabile in base alle situazioni contingenti per cui vi si possono ricoverare indifferentemente pazienti oncologici, nefrologici, pneumologici o gastroenterologici. Il personale medico responsabile del paziente è quello dell'Unità Operativa a cui il paziente stesso è in carico.

La Media Intensità è invece una zona attribuita alle varie Unità Operative con un numero di posti letto fissi ma all'occasione variabili in base alle esigenze, in cui

vengono accolti i pazienti di minore intensità di cura provenienti dai ricoveri programmati, dagli accessi DEU o dai trasferimenti dall'Alta Intensità in seguito al miglioramento delle condizioni cliniche.

SELEZIONE DEI PAZIENTI

Il paziente oggi ricoverato in Area Medica è tipicamente un paziente molto anziano, con numerose comorbidità, fragile e spesso disabile, quindi complesso e critico.

Sulla base dell'analisi delle cartelle cliniche e dei DRG (Tabb. I e II) la maggior parte dei pazienti ricoverati in Alta Intensità è affetta da insufficienza respiratoria con necessità di ventilazione non invasiva, da ictus cerebrali e da insufficienza renale acuta senza insufficienza multiorgano in quanto altrimenti destinata alla terapia subintensiva della Rianimazione. È importante sottolineare che tutti gli specialisti dell'Area Medica ruotano all'interno dell'Alta Intensità coadiuvati da personale infermieristico, OSS, fisioterapisti e nutrizionisti.

STRUMENTI FUNZIONALI

Guardia Medica. All'interno dell'Area Medica è presente un doppio servizio di guardia notturna, internistica e specialistica. La guardia specialistica vede inoltre turnare nelle ore pomeridiane oncologi, gastroenterologi e pneumologi. I nefrologi sono presenti, in servizio nel reparto Dialisi, durante tutte le ore diurne

TABELLA I - I PIÙ FREQUENTI DRG DELL'AREA MEDICA, ALTA INTENSITÀ

| DRG | Patologia - in Alta Intensità di Cure (Gen-Dic 2010) | Tot | GG | ETÀ media |
|-----|--|-----|------|-----------|
| 87 | EPA e Insuff. respiratoria | 200 | 7 | 78 |
| 14 | Ictus cerebrale | 88 | 3.6 | 79 |
| 127 | Insufficienza cardiaca e shock | 49 | 3.6 | 79 |
| 78 | Embolia polmonare | 40 | 3.6 | 78 |
| 542 | Tracheost. con ventilazione meccanica >96 h | 22 | 11.8 | 71 |
| 566 | Diagnosi relative all'apparato respiratorio con VMNI <96 h | 22 | 10.5 | 72 |
| 316 | Insufficienza renale | 19 | 2.9 | 77 |
| 89 | Polmonite semplice e pleurite <17 anni | 18 | | |
| 576 | Setticemia senza ventilazione meccanica | 17 | 3.8 | 83 |
| 565 | Diagnosi relative all'apparato respiratorio con VMNI >96 h | 16 | 6.9 | 64 |
| | Totale complessivo | 667 | 5 | 73.4 |

TABELLA II - I PIÙ FREQUENTI DRG DELL'AREA MEDICA, MEDIA INTENSITÀ

| DRG | Patologia - in Media Intensità (Gen-Dic 2010) | | | |
|--------------------|---|------|-----|------|
| 87 | EPA e Insuff. respiratoria | 574 | 6.6 | 65.9 |
| 14 | Ictus cerebrale | 416 | 5.2 | 73.3 |
| 316 | Insufficienza renale | 303 | 7.2 | 75.4 |
| 127 | Insufficienza cardiaca e shock | 217 | 5.7 | 81.7 |
| 403 | Linfomi e leucemia non acuta c.c. | 188 | 8.1 | 74 |
| 82 | Neoplasie dell'apparato respiratorio | 178 | 7.8 | 73.4 |
| 202 | Cirrosi epatica alcolica | 165 | 7.2 | 65.8 |
| 203 | Neoplasie maligne dell'apparato epato-biliare | 132 | 8.5 | 72.5 |
| 89 | Polmonite semplice e pleurite <17 anni | 112 | 7.6 | 79.1 |
| 174 | Emorragia gastrointestinale c.c. | 108 | 5.2 | 65.9 |
| Totale complessivo | | 4575 | 8.3 | 67.1 |

dei giorni feriali e festivi infrasettimanali. Nelle ore notturne è prevista anche la pronta disponibilità dell'endoscopista, del neurologo e del nefrologo. All'interno del presidio sono sempre presenti rianimatore e cardiologo.

È stata istituita una cartella medica unica di Area: in questo modo, in caso di trasferimento da un'Unità Operativa all'altra non ne devono essere fatte copie poiché essa accompagna il paziente. Questo consente di non disperdere informazioni e al paziente di richiedere all'archivio un solo documento anche se durante la degenza è stato in più Unità Operative.

Analogamente viene anche utilizzata un'unica cartella infermieristica che accompagna il paziente nei suoi spostamenti da un'Unità Operativa all'altra.

Tutte le fasi del ricovero vengono gestite con procedura informatica: l'accettazione, la dimissione e la SDO vengono effettuate con procedura informatica ADTWEB.

Formazione. Si è provveduto a una formazione interdisciplinare: la Direzione Aziendale nel 2009-10 ha effettuato corsi di formazione per medici e infermieri al fine di favorire il lavoro di riorganizzazione e il cambiamento del rapporto medico-infermiere. Ciò ha portato allo sviluppo di veri e propri *team* medico-infermiere e alla presa in carico globale del paziente da parte dell'infermiere.

Tra l'Ottobre e il Dicembre 2009 sono stati organizzati 4 incontri di 8 ore ciascuno articolati in due pomeriggi con docenti interni ed esterni (Università Bocconi di Milano e Istituto Superiore S. Anna di Pisa) rivolti al personale medico e alla dirigenza infermieristica.

Per quanto riguarda il *management* infermieristico

nella Media Intensità viene utilizzato il *nursing* modulare che consente una presa in carico globale del paziente da parte dell'infermiere mentre nell'Alta Intensità il coinvolgimento di competenze mediche e infermieristiche è contemporaneo e integrato.

Più specificatamente sono stati organizzati per tutti gli infermieri dell'Area Medica corsi della durata di 8 ore teorico-pratici per l'utilizzo della ventilazione non invasiva CPAP e BPAP.

Sono stati attivati i seguenti PDTA (percorso diagnostico terapeutico assistenziale) condivisi dall'Area Medica, Chirurgica e dell'Emergenza: insufficienza renale acuta, insufficienza respiratoria acuta, *ictus* con terapia fibrinolitica, pancreatite acuta ed emorragie digestive.

Sono stati inoltre attivati alcuni percorsi Ospedale-Territorio quali il percorso *Ictus*, quello BPCO e quello della dimissione difficile.

VERIFICA

Nella verifica dei primi dieci *top down* DRG dell'Alta Intensità, troviamo al primo posto il DRG 87, edema polmonare e insufficienza respiratoria acuta, al secondo posto l'*ictus*, al terzo posto insufficienza cardiaca e shock, quindi l'embolia polmonare e la ventilazione meccanica.

Esaminando invece i DRG dell'Area Medica Media Intensità, non troviamo mai il DRG della ventilazione, ma quello delle neoplasie, dei linfomi e della cirrosi alcolica.

La diversa tipologia dei ricoveri nelle due Aree suggerisce che il processo di riorganizzazione sta proce-

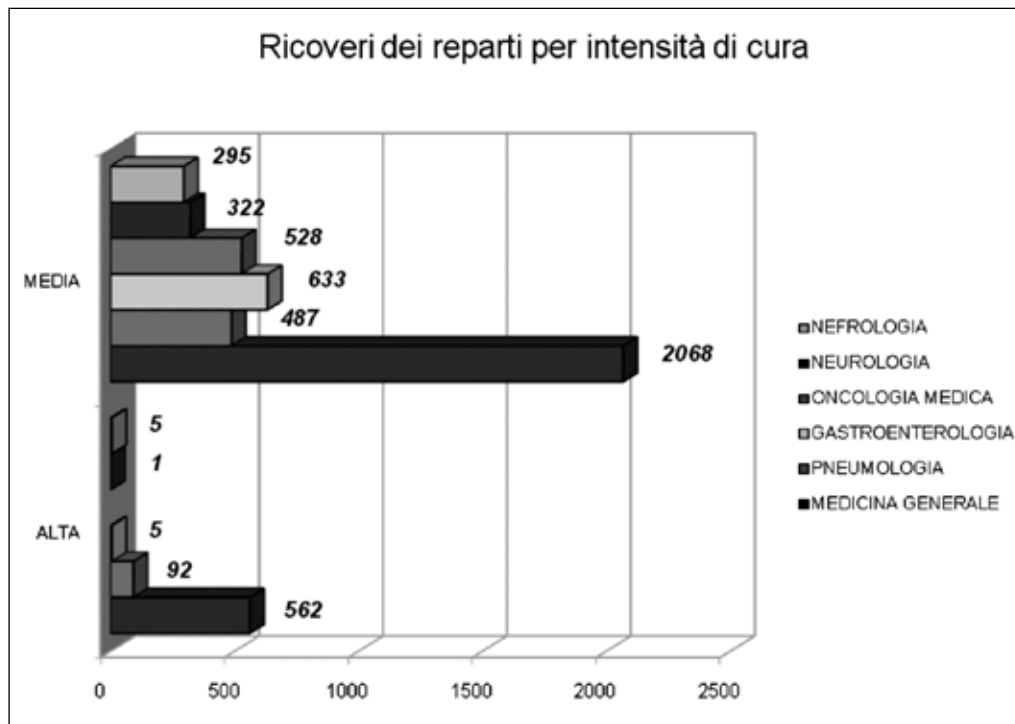


Fig. 3 - Ricoveri in Area Medica divisi per Unità Operative. Media sta per Media Intensità e Alta per Alta Intensità.



Fig. 4 -

dendo nella strada giusta essendo le patologie adeguate al livello di intensità di cura.

La Figura 3 illustra la partecipazione delle diverse Unità Operative dell'Area Medica all'intensità di cure, cioè il numero dei pazienti ricoverati in Alta e Media Intensità dell'Area Medica suddivisi per Unità Operativa.

VANTAGGI

Sebbene l'esperienza sia ancora troppo recente per poter quantificare i risultati, la sensazione gene-

rale degli Autori è che questo processo riorganizzativo abbia dei vantaggi: una maggiore appropriatezza della cura e dell'assistenza, un miglioramento delle cure e del confort del paziente, un'ottimizzazione dell'utilizzo del personale e delle strutture e una riorganizzazione dei rapporti interprofessionali (Fig. 4).

Inoltre, in Alta Intensità, si assiste all'aumento del numero dei ricoveri specialistici con maggiore presenza e collaborazione tra i medici dell'Area. Si sta sviluppando inoltre una figura di infermiere di Alta Intensità medica, polivalente nell'approccio alle patologie più critiche di tutta l'Area Medica.

CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Questa nuova riorganizzazione assistenziale ci sembra stia favorendo una maggiore collaborazione tra le diverse figure mediche, internisti e specialisti, con un lento ma crescente processo di integrazione dipartimentale e con la formazione di infermieri polivalenti in grado di gestire le pluripatologie di malati complessi. In ultimo riteniamo che anche l'assistenza al paziente critico stia migliorando.

Tuttavia una puntuale valutazione dei risultati non potrà venire che dall'analisi di indicatori. Riguardo alle patologie di interesse nefrologico, per esempio, sarà necessario utilizzare indicatori che dimostrino se i percorsi assistenziali per i pazienti con IRC e IRA

siano più efficienti o efficaci e che le cure che hanno ricevuto siano migliori rispetto al modello tradizionale di organizzazione dei reparti.

Sarà anche necessaria un'analisi più dettagliata dei pazienti ricoverati con DRG non nefrologici sia nella sezione ad Alta Intensità che nei reparti a Media Intensità di Cure ma che presentino come comorbilità l'Insufficienza Renale Cronica. Questi pazienti hanno ricevuto attenzioni particolari in più? In quanto pazienti con un problema renale, sono state dosate l'azoturia e la proteinuria oppure è stata richiesta la consulenza nefrologica o, al contrario, sono stati trattati come gli altri?

Negli obiettivi di *Budget* del 2012 sono stati inseriti alcuni indicatori su tutti i "percorsi diagnostici terapeutici assistenziali" (PDTA) già effettuati proprio per verificare l'atteso miglioramento della qualità dell'assistenza e indirettamente l'integrazione professionale tra gli specialisti di Area.

Sono queste le informazioni che è necessario ora raccogliere per poter dare una risposta attendibile e a 360° sulla validità della riorganizzazione degli ospedali secondo l'intensità di cure.

DICHIARAZIONE DI CONFLITTO DI INTERESSI

Gli Autori dichiarano di non avere conflitto di interessi.

Indirizzo degli Autori:

Dr.ssa Paola Lambelet
U.O. Medicina Generale
Ospedale Versilia
Via Aurelia 335
55034 Lido Camaiore (LU)
e-mail: p.lambelet@usl12.toscana.it

BIBLIOGRAFIA

1. Legge Regionale Toscana n. 22 dell'8-3-2000.
2. Legge Regionale Toscana n. 40 del 24-02-2005.
3. Briani S., Cortesi E. L'ospedale per intensità di cure: aspetti teorici e problemi aperti. *Ig Sanita Pubbl* 2007; 63: 577-86.