

**29° Congresso Nazionale Aniarti 2010**

# **DALL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA ALL'ASSISTENZA PRIMARIA**

- ✓ Una continuità che ristrutturata il sistema per la salute
- ✓ Riequilibra la valenza fra il curare e l'assistere
- ✓ Garantisce le persone anche nella cronicità

**10 - 11 -12 Novembre 2010 - Palacongressi della riviera di Rimini, Via della Fiera, 52 - Rimini**

**L'High Care di area medica,  
ponte tra TI e territorio e  
per le competenze infermieristiche**

**Miserendino C., Costantino V., Becchi I., Gallo G., Pieralli F., Becattini G.  
Mancini A., Merlini L.,**

**DEGENZA ORDINARIA E SUB INTENSIVA DI MEDICINA**



# L'Ospedale per intensità di cura

## Modello Toscano

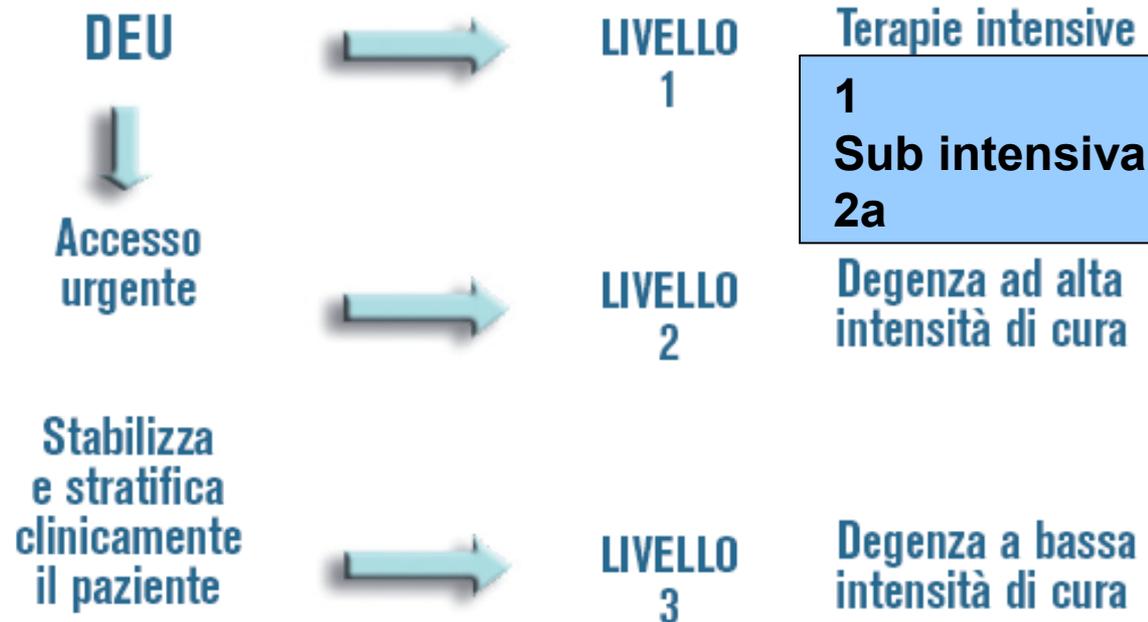
**Legge Regionale n° 40/2005**  
**“Disciplina del servizio Sanitario Regionale”**

**“Entro tre anni dall'entrata in vigore della presente legge, le aziende unità sanitarie locali procedono, alla riorganizzazione del presidio ospedaliero di zona sulla base dei seguenti principi:**

**b) strutturazione delle attività ospedaliere in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica”**

# Intensità di cure: i tre livelli assistenziali

## I TRE LIVELLI DEL “MODELLO TOSCANO”

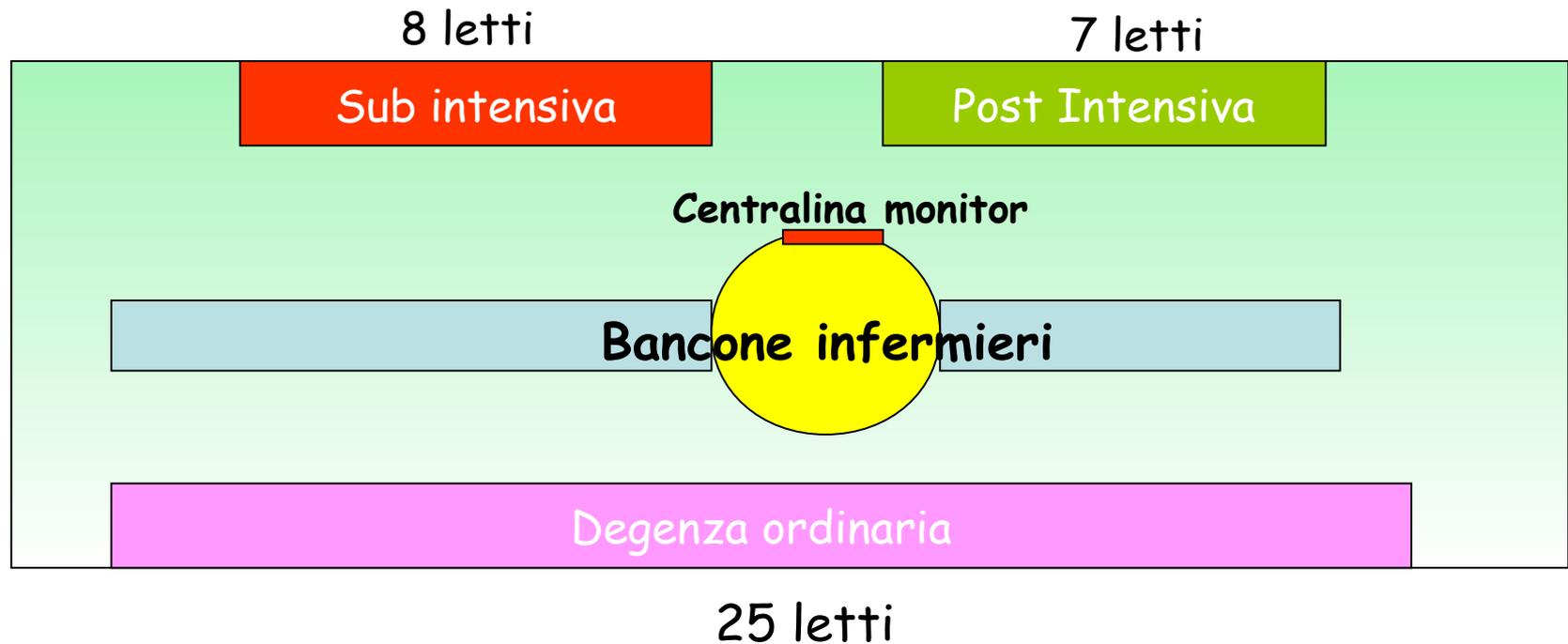


*Elaborazione Carlo Nozzoli (Fadoi Toscana)*

Circa il **10 %** dei pazienti ricoverati in Medicina Interna ha necessita' di un **setting assistenziale e trattamenti di piu' alta intensita'**, individuati mediante MEWS ed IDA e per necessita' di monitoraggio specifico di alcune patologie.

Questi pazienti hanno anche una mortalita' da 3 a 10 volte maggiore dell'intera casistica di ricoverati in Medicina Interna

# Medicina Interna e d'Urgenza A.O.U. Careggi - Firenze



# Le aree di cure intermedie (HDU) negli Ospedali per acuti

Negli ospedali per acuti vi sono pazienti che non richiedono cure intensive in senso vero e proprio, ma che presentano bisogni assistenziali maggiori di quelli normalmente forniti in un reparto “tradizionale”.

Questi pazienti possono richiedere un frequente monitoraggio dei segni vitali e/o interventi diagnostico-terapeutici e/o di nursing mirati, ma generalmente non necessitano di un monitoraggio invasivo.

# Terapia SUB INTENSIVA:



# S.I.

## Dotazione organico

N. letti	8 letti
Medico esclusivo	h 8-20
Medico di guardia reparto	h 20-8
Infermiere dedicato	h 24 ogni 4 letti

## S.I. Dotazione tecnica/strumentale

Monitor	8
Centralina remota	1
Videosorveglianza	1 centralina

Monitoraggio multi-parametrico	SI
--------------------------------	----

Monitoraggio invasivo	SI
-----------------------	----

Ecografo dedicato	SI
-------------------	----

Ventilatori per NIV	Si
---------------------	----



# Casistica

## 9 giugno 2008 - 10 giugno 2010

- N. Pazienti 584
- età media (anni)  $64.0 \pm 19.8$  (range 15-99)
- Degenza media (giorni)  $7.02 \pm 5.8$



# Casistica

## 9 giugno 2008 - 10 giugno 2010

- 584 pazienti totali
- **Provenienza**
  - Pronto Soccorso 278 (47.6%)
  - Rianimazione DEA 176 (30.2%)
  - Reparto interno (DO) 48 (8.1%)
  - Reparti Medicina esterni 55 (9.4%)
  - **Altra Rianimazione (non DEA) 27 (4.7%)**



# Casistica: diagnosi principale

## 9 giugno 2008 - 10 giugno 2010

584 pazienti totali

### Diagnosi principale

Politrauma	136 (23.1%)
Insuf. Respiratoria	101 (17.2%)
Sepsi severa/shock settico	76 (12.8%)
Scompenso cardiaco	64 (10.7%)
Polmonite	40 (6.7%)
S. emorragica acuta	20 (3.4%)
Aritmie	19 (3.2%)
S. coronarica acuta	19 (3.2%)
Stroke	19 (3%)
TVP/EP	12 (2.0%)
Altro (miscellanea)	78 (13.3%)

# Casistica primi mesi di attività 9 giugno 2008 - 10 giugno 2010

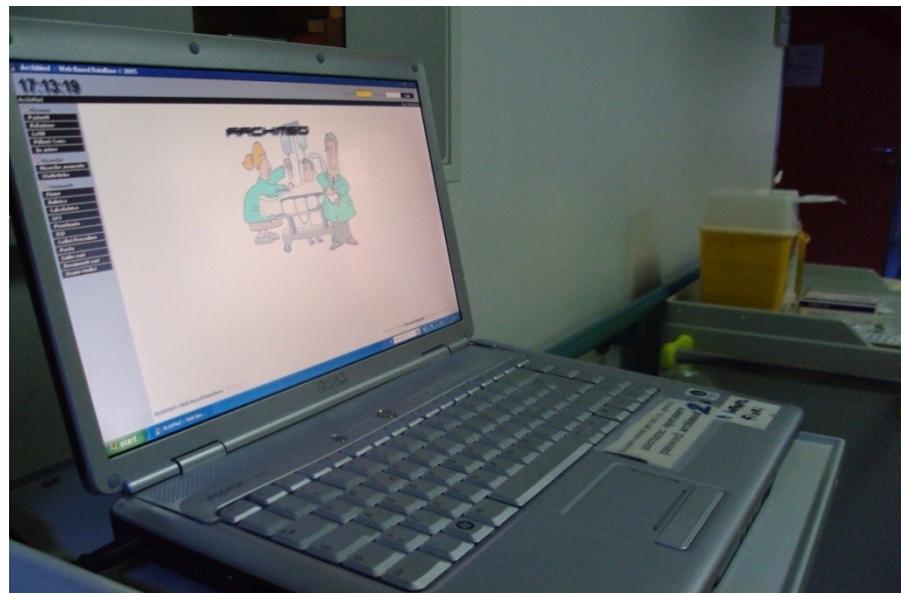
## Outcome

Trasferito in degenza	387 (66.2%)
Dimessi	125 (21.4%)
Trasferimento in Rianimazione	27 (4.7%)
- trasf. primario	23
- trasf. secondario (riammissione)	4
Decesso	45 (7.7%)

- Riammissione in Rianimazione: 4 (2.2% dei provenienti da Rianimazione)

# Dalla degenza ordinaria alla sub intensiva...

- Formazione interna per sviluppo di competenza
- Cartella clinica integrata informatizzata (ARCHIMED)
- Raccordo con Terapia Intensiva DEA (30% degli ammessi) attraverso contatti telefonici e diretti in prospettiva case management
- Blocco della rotazione all'interno dell'intero gruppo di lavoro attraverso selezione per motivazione e competenza
- In corso di riconoscimento indennità sub intensiva



# Caso clinico 1



- S.S. di anni 79, trovata in stato privo di coscienza seduta in macchina
- All'arrivo in DEA GCS 3, intubata e inviata in TI con accertamenti che evidenziano insuff. respiratoria e addensamento polmonare
- Inviata alla nostra SI(dopo 9 gg di degenza in TI )dove necessita di ventilazione meccanica non invasiva

# COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI



Gestire il trattamento e la terapia intensiva



Gestire gli strumenti per la ventilazione meccanica

Misurare parametri vitali con modalità invasiva

Garantire la pervietà delle vie aeree nella persona con protesi respiratoria

Valutare parametri ventilatori emodinamici

Gestire strumenti per la somministrazione di farmaci

Somministrare criticamente i farmaci in device multilume

Gestire il dolore nella persona con alterato livello di coscienza

Eseguire valutazioni cliniche complesse

Interpretare le manifestazioni critiche intervenendo tempestivamente

Gestire strumenti per ultrafiltrazione

Gestire strumenti per l'emodinamica

Gestire il rischio infettivo nella persona in alta intensità di cura

Gestire l'emergenza urgenza in ambiente non protetto

## Caso clinico 2

- L.F. di anni 19 incidente stradale moto contro auto
- All'arrivo in DEA politrauma stradale con ematoma sottodurale, rottura del diaframma con dislocazione dei visceri in sede endotoracica, PNX (esegue splenectomia e intervento neurochirurgico con deopercolazione)
- Inviato alla nostra SI (dopo 13 gg di TI) con diversi problemi aperti



# Risoluzione Problemi aperti (focus continuita')

<u>Terapia intensiva</u>	<u>Sub intensiva</u>	<u>Territorio</u>
Intubato/tracheostomizzato	Rimozione tracheostomia	
Polmonite associata al ventilatore	Risoluzione della polmonite	
Drenaggio toracico(PNX/emotorace)	Controllo Rx e Rimozione del drenaggio	
Agitazione psicomotoria (contenzione ai 4 arti+ sedazione)	Ripristino ritmo sonno/veglia	
Deopercolazione(con drenaggio dell'ematoma)	Riopercolazione	Riabilitazione neurologica
SNG	Rimozione SNG Valutazione deglutizione e ripresa alimentazione per os(dieta semisolida)	In attesa di alimentazione libera
CVC	Rimozione CVC e posizionamento CVP/PICC	

# Risoluzione Problemi aperti

<u>Terapia intensiva</u>	<u>Sub intensiva</u>	<u>Territorio</u>
CV	Rimozione del CV	
LDC (II° stadio) occipite	Medicazione con miglioramento della lesione	In attesa di guarigione
Allettato con attivazione FKT	Prosecuzione FKT fino a completa mobilizzazione	Riabilitazione fisioterapica
Comunicazione col pz.e persone di riferimento	Comunicazione col pz.e persone di riferimento	Comunicazione col pz.e persone di riferimento

# Continuità assistenziale tra SI e territorio

- Attivazione della continuità assistenziale attraverso la compilazione di schede di valutazione
- Compilazione scheda infermieristica di trasferimento
- L'infermiere della sub intensiva accompagna l'assistito alla struttura riabilitativa



# Conclusioni:

**Nuovo contesto epidemiologico:** paziente pluripatologico e più grave nelle acuzie facilmente critico

**Nuova complessità clinica e assistenziale:** diversa stratificazioni dei pazienti

**Nuovo ruolo della medicina interna:** la cura del paziente critico internistico in setting assistenziali nuovi e più organizzati

**Nuove necessità in termini di continuità assistenziale tra diversi setting e di competenza infermieristica: high care di area medica possibile risposta**



**GRAZIE,**  
**e se vi abbiamo interessato**  
**vi aspettiamo a Firenze**

Contatti [miserendinoc@aou-careggi.toscana.it](mailto:miserendinoc@aou-careggi.toscana.it)