

Un modello organizzativo per la gestione della complessità clinica in Area Medica nel PO Mugello

Bassetti, A.¹, Bandini F.², Spolveri S.³, Pratesi P.⁴, Ammazzeni D.⁵, Pieri P.⁶, Pacini P.L.⁶, Pierini M.⁶, Padeletti M.⁷, Petrone P.⁷, Guidi S.⁸, Blaszczyk S.⁹, Di Renzo L.¹⁰, Zoppi P.¹¹, Landini G.¹²

¹Direttore Sanitario Ospedale Mugello, ²Direttore Cardiologia Borgo S.Lorenzo e Serristori, ³Direttore Medicina Borgo S.Lorenzo, ⁴Direttore Infermieristico 118 USL Toscana centro, ⁵Direttore Assistenza Infermieristica Mugello, ⁶P.O. Direzione Infermieristica SOS Al Mugello, ⁷Medico Cardiologia Borgo S.Lorenzo, ⁸Statistico Cardiologia Borgo S.Lorenzo, ⁹Medico Medicina Interna Borgo S.Lorenzo, ¹⁰Direttore Presidio Firenze 2 USL Toscana Centro, ¹¹Direttore Dipartimento Infermieristico e Ostetrico USL Toscana Centro, ¹²Direttore Dipartimento Specialistiche Mediche USL Toscana Centro

Introduzione

La complessità è una proprietà dei sistemi caratterizzati da un alto numero di componenti, altamente interconnessi tra loro attraverso circuiti di feedback, che interagiscono a diversi livelli in modo non-lineare.

Occorre estendere il concetto di complessità, per applicarlo non solo allo stato di un paziente, ma anche e soprattutto alle caratteristiche globali dell'episodio clinico di ricovero per caratterizzarlo a fianco del livello di rischio evolutivo. La complessità è trasversale, è dinamica e soprattutto influenza la complessità della cura ed il grado di risorse temporali, materiali ed intellettive necessarie alla gestione ottimale dei pazienti.

In area medica nell'ospedale del Mugello è stato condotto, per due mesi, un monitoraggio basato su criteri centrati sulla complessità clinica dell'episodio di ricovero: i pazienti con eventi complessi ogni giorno sono un terzo circa dei ricoverati ed hanno peggiore prognosi e degenza più lunga e solo nel 50% il livello di maggiore instabilità collima con il grado di maggiore complessità.

Un gruppo di lavoro costituito da medici, infermieri, oss del reparto, coordinato dalla direzione sanitaria e infermieristica ha individuato un modello organizzativo innovativo di risposta alla complessità.

Il modello prevede:

- un triage della complessità degli eventi di ricovero, con criteri che riflettono il livello di complessità clinica in termini di decisioni, risorse, relazioni e tempo necessario (stratificazione dei ricoveri in Alfa, Beta, Gamma in ordine decrescente di complessità)

- una riorganizzazione della Linea Medica che prevede due reparti A e B, suddivisi in due "cellule" e di un team medico infermieristico che segue i pazienti ad alta complessità (Alfa) che non saranno ricoverati in un reparto fisico rigido ma distribuiti nei reparti A e B.

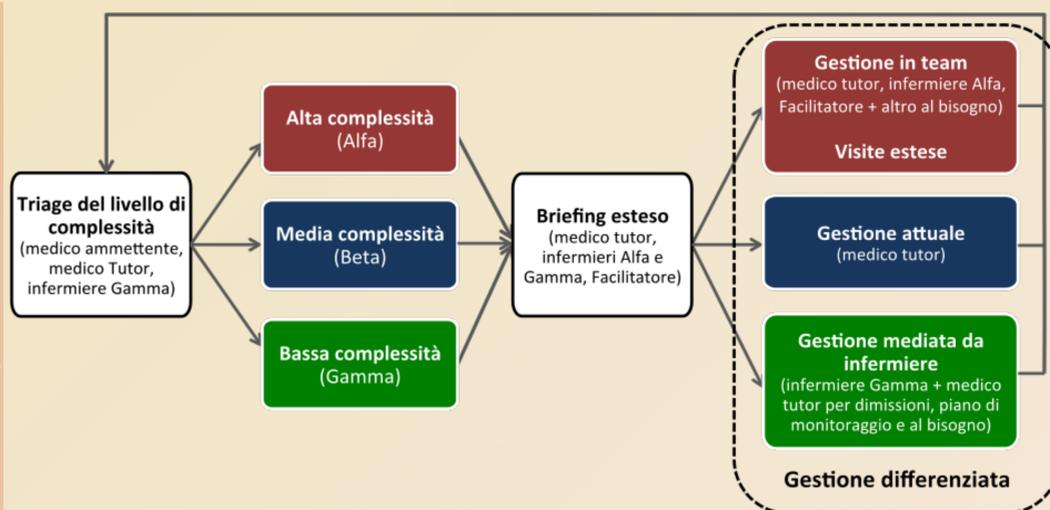
- i pazienti più complessi saranno seguiti dal "Team Alfa" medico-infermieristico e i mediamente complessi (Beta) dal medico di reparto e dall'infermiere diurnista;

- il personale infermieristico presente la mattina: 2 turnisti, 2 OSS e 1 diurnista per reparto e 1 infermiere per i pazienti ad alta complessità.

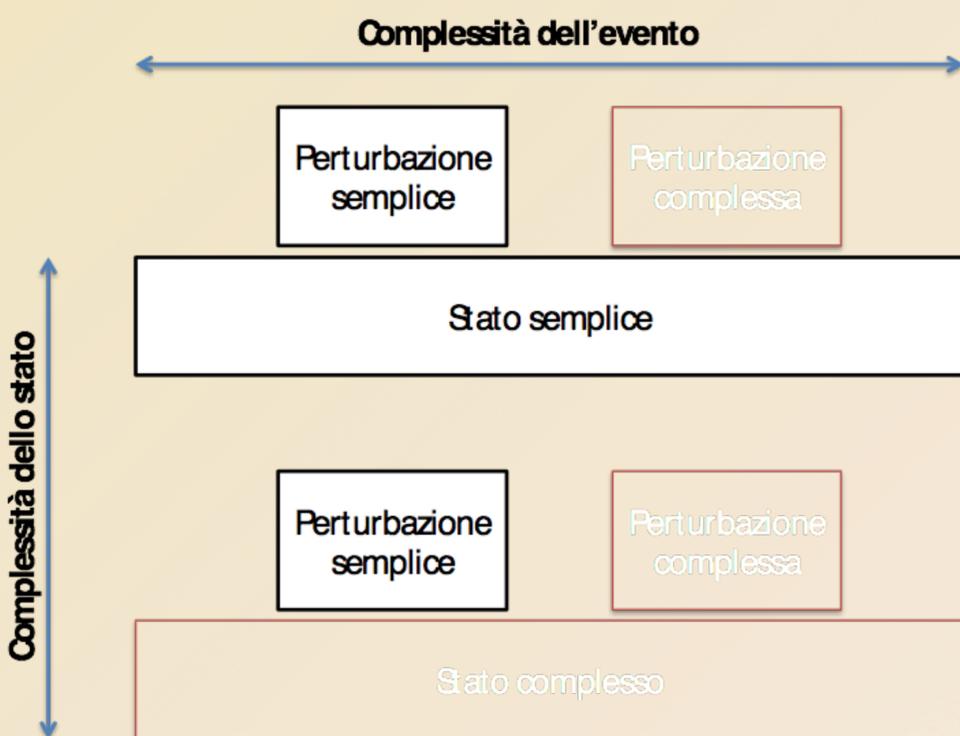
- il team medico infermieristico valuta i pazienti per circa 3 ore a mattina, le rimanenti ore i professionisti lavorano in autonomia.

- Gli infermieri diurnisti affiancano il medico tutor per 7 giorni per garantire la continuità clinico-assistenziale;

- Sono previsti momenti di passaggio informazioni strutturati multiprofessionali e trasversali per tutte le figure, in modo da rendere congruo il passaggio di informazioni, ottimizzando il fattore tempo riducendo interruzioni e frammentazioni delle attività della mattina



Schema del modello di gestione in base alla complessità degli eventi di ricovero



Le azioni considerate nel nostro progetto sono le seguenti:

- ❖ **Stratificazione degli eventi di ricovero:** al momento del ricovero in reparto, stratificazione dei pazienti *alla luce della complessità del loro evento di ricovero*, ai fini di distribuire il tempo e le risorse, secondo le necessità da esso determinate, favorendo una maggiore disponibilità delle stesse ai ricoveri complessi e attribuendo una diversa organizzazione alle condizioni non complesse o a minore complessità
- ❖ **Modalità di gestione differenziate** delle diverse tipologie di ricovero (Alfa, Beta, Gamma) riconosciute dall'attuazione del triage.
- ❖ **Briefing esteso**
- ❖ **Valutazione medico-infermieristica**
- ❖ **Diverso ruolo infermieristico e maggiore responsabilità clinica nei confronti dei pazienti**
- ❖ **Coinvolgimento dei MMG per i pazienti con eventi complessi**
- ❖ **Traino "olonico": traino co-evolutivo per il resto della rete sanitaria**

Tutte le valutazioni sono riportate sulla cartella informatizzata e sono fruibili dal team multidisciplinare.

Conclusioni

Il modello è in fase di sperimentazione da febbraio 2018 per verificarne l'impatto ed identificare eventuali criticità e possibili soluzioni migliorative. Punti di forza sono: una gestione differenziata dei pazienti in base al livello di complessità, un briefing dinamico, visite medico-infermieristiche, cogestione multidisciplinare e visite temporalmente estese per i pazienti a più alta complessità, rese possibili da una rimodulazione del tempo allocato sui pazienti e dalla gestione mediata da un infermiere dei pazienti stabili a più bassa complessità.