

P.S. per intensità di cure: criteri di invio dei pazienti all'area di bassa intensità.

D'Agostino L, Gugliuzza E, Acquistapace G, Rossi M, Di Capua M,
Manelli A, Paglia S, Ricevuti G

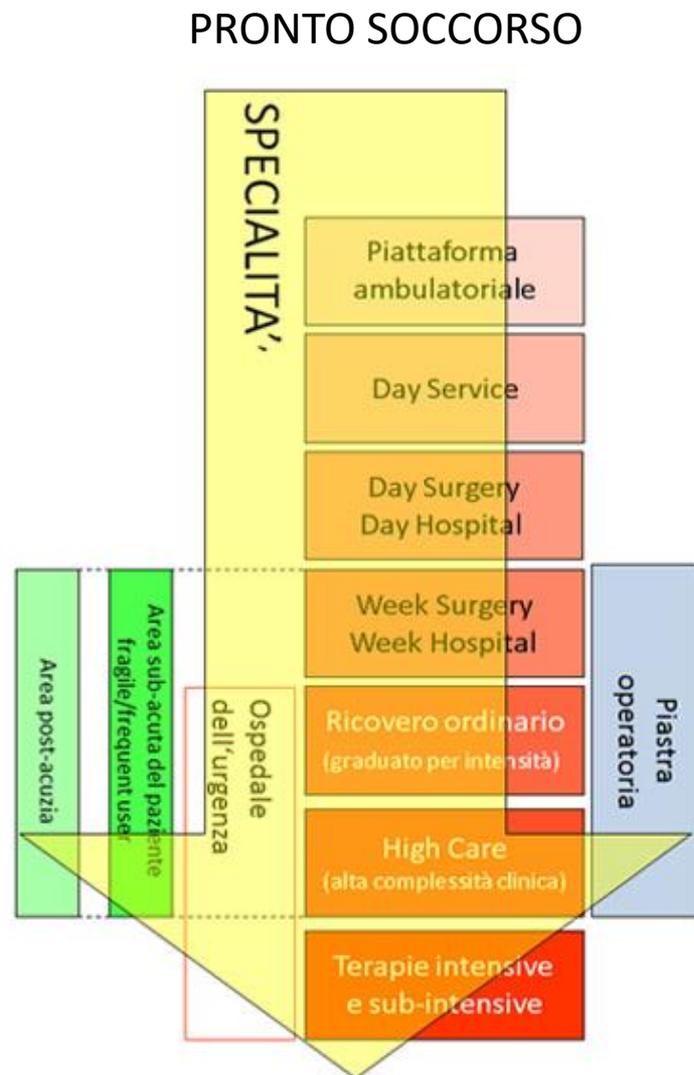
NAPOLI 19_11_2016



Ospedale per intensità di cure

Definizione

- Modello centrato sul paziente (presa in carico personalizzata, univoca e condivisa).
- Tecnologia, competenze, quantità e qualità rimodulate sulle esigenze di instabilità del singolo paziente.
- Cambia il grado cui viene sviluppata la gestione dei casi, cambia il grado di coinvolgimento dell'equipe.
- Obiettivo: razionalizzare risorse disponibili, indirizzandole secondo criteri oggettivabili (parametri vitali, score) a quei pazienti che realmente ne hanno bisogno.



Il P.S. dell'Ospedale Maggiore di Lodi in cifre

Analisi sistematica dell'anno 2015

N° accessi annui (Lodi) 58.572 – esclusi fast track ginecologico, pediatrico, oculistico 41.071

- Rossi 763 (1,3%); 741 (1,8%)
- Gialli 8.881 (15,16%); 8.361 (20,35%)
- Verdi 46.349 (79,13%); 30.035 (73,12%)
- Bianchi 2.576 (4,39%); 1.932 (4,7%)
- Neri 3 (<1%); 2 (<1%)

Accessi per fascia d'orario

- Mattino (8:00-14:00) 22.054 (37,65%)
- Pomeriggio (14:00-20:00) 19.651 (33,55%)
- Notte (20:00-8:00) 16.867 (28,79%)

Tasso di ricovero 11,91%

Tasso di dimissione 84,34%

Delta accessi mensili 4.337 (febbraio) – 5329 (gennaio)

Triage per intensità di cure

Il ruolo degli scores

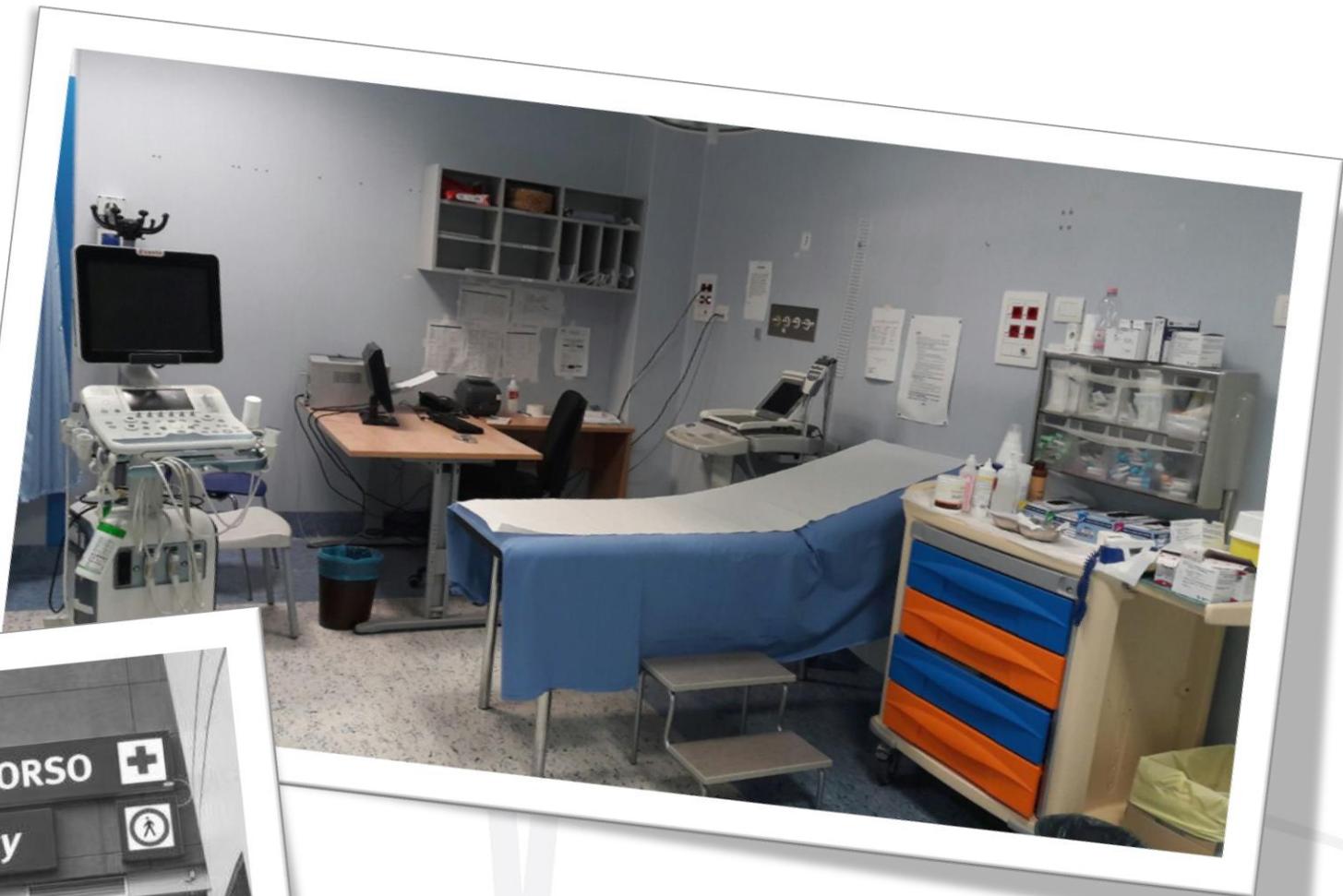


| PARAMETRI FISIOLGICI | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------|-----|---------|---------|---------|---|---------|-----|
| Frequenza del respiro | ≤8 | | 9 - 11 | 12 - 20 | | 21 - 24 | ≥25 |
| Saturazione d'ossigeno | ≤91 | 92 - 93 | 94 - 95 | ≥96 | | | |
| Ossigeno supplementare | | Sì | | No | | | |
| Temperatura | | | | | | | |

| Punteggio NEWS | Rischio clinico |
|---|-----------------|
| 0 | Basso |
| 1 - 4 di somma | |
| ALLARME ROSSO* (quando un solo parametro raggiunge 3) | Basso |
| 1 - 4 di somma | |
| ≥7 | Alto |

* **N.B.:** Si riferisce a una situazione estrema di un singolo parametro (ovvero un punteggio di 3 della Carta 1) colorato di rosso per consentirne l'identificazione rapida. Il NEWSDIG ha trovato il consenso nell'indicare che i valori estremi di ciascun parametro (per esempio una frequenza cardiaca ≤40 battiti/min o una frequenza respiratoria di ≤8 atti/min o una temperatura corporea ≤35°C) non possono essere ignorati e richiedono una valutazione clinica urgente.

| | | | | |
|------|-------------|-------------|-----------|--|
| 36,0 | 36,1 - 38,0 | 38,1 - 39,0 | ≥39,1 | |
| 110 | 111 - 219 | | | ≥220 |
| 50 | 51 - 90 | 91 - 110 | 111 - 130 | ≥131 |
| | Vigile | | | Richiamo verbale, dolore provocato, coma |



L'ambulatorio dell'area a bassa intensità di cure

I numeri del 2015

Accessi per area PS 2015

| | ORARIO | BIANCHI | VERDI | GIALLI | ROSSI | TOTALE |
|-------------|--------|---------|-------|--------|-------|--------|
| MINORI | 10/24 | 1287 | 9531 | 41 | 0 | 10859 |
| STANZA 1 | 24/24 | 286 | 12716 | 1899 | 6 | 14907 |
| STANZA 2+SR | 24/24 | 142 | 6736 | 6414 | 746 | 14038 |
| STANZA 3 | ? | 14 | 283 | 40 | 4 | 341 |

Percentuale di pazienti ricoverati 2% (target Agenas < 3-5%)

Percentuale di pazienti dimessi 95%

Percentuale di pazienti allontanati 2,5% (target Agenas < 3%)

Lo studio

Materiali e metodi

- Prospettico, dal 01/02/2016 al 31/07/2016
- Pazienti acceduti al Pronto Soccorso dell'Ospedale Maggiore di Lodi:
 - a. nei primi 3 mesi i pazienti hanno avuto accesso secondo criteri standard all'area a bassa intensità di cure (protocolli di triage)
 - b. nei mesi successivi l'invio è stato confermato da una rilevazione multiparametrica poi rielaborata secondo scala NEWS (indice di stabilità al momento della valutazione; pazienti inviati solo se $NEWS < 4$)
- Sono stati inclusi pazienti >18 anni che rispondessero ai criteri di invio all'Ambulatorio Codici Minori secondo quanto sancito dalla Regione Lombardia
- Sono state escluse le pazienti gravide e i pazienti con problematiche psichiatriche
- Tutti i dati raccolti sono stati analizzati con software apposito (SPSS©2014)

- Nel secondo trimestre calo significativo della riallocazione dei pazienti verso altre aree a maggiore intensità di cure ($p=0.0009$)
- Nessuna differenza significativa è stata dimostrata nell'esito.
- Riduzione dei tempi di permanenze in PS dei codici verdi (180 VS 120 min medi)
- Un bias importante riscontrato nel secondo trimestre è il calo di performance della rilevazione multiparametrica nei momenti di overcrowding, determinato verosimilmente dall'aumento netto dei tempi di triage per la rilevazione dei parametri con la strumentazione attuale.

Bicchiere mezzo pieno o mezzo vuoto?



- L'utilizzo di un metodo di valutazione oggettivo come il NEWS può essere un supporto efficace nell'identificare quei pazienti border line fra la bassa e media intensità di cure (codici verdi per cui si era ipotizzato una scissione del codice colore in un'ottica di ridefinizione del sistema di triage a 5 codici di priorità)
- Nell'ottica di un miglioramento dello strumento, è stata avanzata nel nostro PS la possibilità di introdurre un sistema di rilevazione e monitoraggio rapido di pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione periferica d'ossigeno e temperatura direttamente collegato alla cartella clinica elettronica, in grado di ricavare rapidamente il NEWS. I risultati di tale sperimentazione saranno oggetto di indagine nell'anno a venire.

Il ruolo dell'ambulatorio bassa intensità di cure nella gestione dei flussi

Uno strappo alla regola: il bias che fa la differenza

- Nulla vieta di sospendere al bisogno l'invio all'area a bassa intensità di cure trattenendo i pazienti in triage ed inviare all'area pazienti a media intensità (in caso di overcrowding dell'area a media-alta intensità; sala d'attesa CM non sorvegliata)
- Importanza della necessità di redistribuzione dei carichi di lavoro fra tutte le aree, non sovraccaricare un'area lasciandone un'altra non operativa.

Grazie.

Lorenzo D'Agostino

