

# Medicina Italia

Internal  
and  
Emergency  
Medicine

## Perché Medicina Italia?

---

La "storica" decisione di passare da *Annali Italiani di Medicina Interna* a *Internal and Emergency Medicine* è stata presa dopo un lungo dibattito. Da tempo si sentiva l'esigenza di una rivista scientifica internazionale che fosse espressione dell'altissimo livello della ricerca clinica italiana.

D'altra parte appariva importante ed utile non perdere le tante esperienze e problematiche di interesse prettamente nazionale. Di qui l'idea di un inserto dedicato al mondo professionale della medicina interna e d'urgenza italiana. Questo inserto, che inizialmente sarà di quattro pagine, conterrà uno o due articoli dedicati ad aspetti organizzativi e due rubriche, l'una sulla Farmacovigilanza e l'altra sul Rischio clinico.

La rubrica sulla Farmacovigilanza sarà curata da Alessandro Mugelli (prof. Ordinario di Farmacologia, Direttore S.O.D. di Farmacologia Applicata, Azienda Ospedaliero-Universitaria Careggi di Firenze) e Alfredo Vannacci mentre quella sul Rischio clinico da Riccardo Tartaglia (Direttore Centro Regionale per la Gestione del Rischio Clinico e la Sicurezza del Paziente, Regione Toscana) e collaboratori. Abbiamo ritenuto che questa iniziativa potesse essere importante e speriamo che riscuoterà l'interesse dei lettori.

Ringrazio Carlo Nozzoli, Pietro Amedeo Modesti, Grazia Panigada e Claudio Pedace, oltre naturalmente Alessandro Mugelli e Riccardo Tartaglia ed i loro collaboratori, che cureranno questo inserto.

**Gian Franco Gensini**

# La *subacute care* fra dipartimento medico e cure intermedie: uno strumento per la piena realizzazione dell'ospedale per acuti

Claudio PEDACE

Geriatra, Arezzo - Segretario Centro Studi FADOI

## Introduzione

L'evoluzione del sistema sanitario italiano, e specificamente di quello ospedaliero, nell'ultimo decennio è stata tumultuosa. La necessità di razionalizzare il sistema, di contenerne i costi, insieme a quella della modernizzazione tecnologica ed organizzativa si è mossa prevalentemente riferendosi (in modo fin troppo passivo) a modelli mutuati dall'esperienza anglosassone (NHS).

Da qui il riferimento dogmatico al concetto di "ospedale per acuti" con una semplificazione esasperata dei meccanismi organizzativi interni agli ospedali, la soppressione (questa necessaria) delle piccole strutture ospedaliere, la riduzione drastica dei posti letto e dei tempi di degenza, l'implementazione della degenza diurna.

Si può creare una struttura esclusivamente per acuti nell'attuale quadro epidemiologico degli ospedali italiani? Come si sa la popolazione di ricoverati della rete ospedaliera pubblica italiana è costituita per oltre il 70% da pazienti sopra i 65 anni, affetti da patologie croniche riacutizzate. D'altra parte, secondo uno studio anglosassone effettuato nel 2003 in un dipartimento medico-geriatrico per acuti, il 25.8% dei pazienti ammessi ha, alla dimissione, un fabbisogno di *post-acute care*, per lo più di tipo riabilitativo (20.7%).

Nessuna stima analoga è stata realizzata finora in Italia, tuttavia si può ragionevolmente affermare che l'attuale rete territoriale non sia in grado di rispondere ad un tipo di domanda di queste dimensioni, e che comunque le cosiddette "strutture intermedie", peraltro prevalentemente private, sono spesso inadeguate e non definite sulla base del fabbisogno epidemiologico, ma piuttosto su una logica nella migliore ipotesi di politica locale, nella peggiore prevalentemente speculativa.

## Il fabbisogno di acute, subacute ed intermedie (post-acute) care

Ciò che colpisce nel rivedere la letteratura internazionale sul tema è che a tutt'oggi sono pochissimi gli studi epidemiologici che stimano in chiave *qualitativa* la popolazione ospedaliera.

Lo studio di maggior rilievo, seppure datato, è uno studio canadese del 1998 in 105 ospedali dell'Ontario, che prende in esame i ricoveri in urgenza per una serie di patologie prevalentemente croniche, classificandole secondo i criteri ISD-AC [Intensity (of Service), Severity (of Illness), (and) Discharge Screens for Acute Care] (Tabella 1) in cui si viene a caratterizzare quell'area "sfuggente" della *subacute care*, che viene definita "il trattamento complessivo in regime di ricovero realizzata subito dopo l'accettazione in ospedale o alternativa a questa per trattare una o più specifiche condizioni mediche attive e complesse; la *subacute care* in genere è più intensiva di quella realizzata nelle strutture di nursing (extraospedaliero) e meno intensiva di quella realizzata nell'*acute care*".

**Tabella 1.** Criteri ISD-AC (1996 Severity of Illness and Discharge Screens for Acute Care).

### Acute care

- Instabilità clinica
- Necessità di terapia a livello critico o acuto
- Necessità di controllo quotidiano diagnostico o invasivo, diretto da un medico

### Subacute care

- Stabilità clinica
- Diagnosi definita
- Necessità di almeno 4 ore di trattamento professionale quotidiano coordinato da un infermiere, con periodiche rivalutazioni mediche, senza bisogno di cure intensive

Secondo lo studio il 62% dei pazienti rientra nella fascia dell'acuto, il 19.7% in quella del subacuto, mentre il 18.1% (non acuti) rappresenta la quota di inappropriata. Nel corso del ricovero una rilevante percentuale degli acuti passa nella fascia dei subacuti. Le patologie mediche prese in esame sono quelle che a tutt'oggi costituiscono oltre la metà dei ricoveri in un dipartimento di medicina interna (cardiopatia ischemica, scompenso, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ictus, polmonite), mentre fra quelle chirurgiche le patologie ortopediche sono quelle di maggior peso in termini di giornate di degenza (Tabella 2), per cui nella fascia dei subacuti rientra nel complesso quasi il 40% dei pazienti. La percentuale è ancora più alta se escludiamo i "non acuti": la maggior parte di questi ultimi appartiene alla fascia di età sopra i 65 anni

*L'articolo conclude che "l'uso ottimale delle risorse di un ospedale per acuti deve includere una fase intermedia di cura per i pazienti più anziani che possono richiedere più tempo per tornare allo stato prericovery [...]. Circa il 40% dei pazienti osservati in queste cinque categorie erano stati valutati per un fabbisogno di 'subacute care'. Questo implica la necessità di letti istituzionali ospedalieri per la terapia iniziale di questi pazienti".*

## Quale contesto per la *subacute care* in Italia?

La domanda è fondamentale se vogliamo definire in modo realistico la prospettiva dell'ospedale cosiddetto per acuti, ed in particolare la struttura organizzativa di quegli ospedali di rilievo provinciale, con posti letto fra 200 e 600 (equivalenti ai District General Hospitals anglosassoni), che costituiscono l'ossatura dell'attuale sistema rivolto alla soddisfazione dei bisogni base del territorio. È scontato che una quota a parte della *subacute care* debba svolgersi in setting extraospedalieri, ma quale parte e quali setting? Confrontando i dati dello studio Minerva (2002) e i dati dell'Ontario, potremmo affermare che circa il 25% delle giornate di degenza dei pazienti medici rientra nella fascia della *subacute care*. D'altra parte la questione delle strutture intermedie extraospedaliere appare tuttora irrisolta, se un recente editoriale del *British Medical Journal* ("Cos'è l'intermediate care?") sottolinea che "il concetto di intermedie care sembra nascere da un imperativo politico più che da un'analisi dell'evidenza scientifica dell'utilità di un modello efficace di care". Si fa anche notare che le stesse definizioni della British Geriatric Society, in parte condivise dal British Medical Council, sono generiche, e non chiariscono caratteristiche strutturali-organizzative e *mission* specifica di tali strutture.

## La continuità delle cure ed il Dipartimento di Medicina Interna

L'area della *subacute care* ha quindi due contesti di riferimento, uno ospedaliero (il Dipartimento di Medicina Interna) e l'altro extraospedaliero di cure intermedie (Centri di Riabilitazione, Ospedali di Comunità). I pazienti sono classicamente gli anziani fragili ricoverati per il riacutizzarsi di patologie croniche (scompenso, broncopneumopatia cronica ostruttiva, ictus, polmoniti), oppure ancora instabili per l'esito di un intervento chirurgico (dalla chirurgia dell'anca all'angioplastica).

Possiamo dire che le caratteristiche dei pazienti nei due diversi contesti sono:

- *subacute care* (ospedaliera): pazienti clinicamente stabili, con necessità di gestione medica quotidiana e di assistenza infermieristica nelle 24 ore per possibili variazioni diagnostiche e/o terapeutiche;
  - *post-acute care* (cure intermedie) necessità di sorveglianza medica programmata, infermieristica superiore alle 4 ore/die, fisioterapia quotidiana.
- Si può legittimamente affermare che circa un quarto delle attuali giornate

**Tabella 2.** Livelli di cure all'ammissione e durante i giorni successivi di ricovero in Ontario nel 1995.

Diagnosi o procedura	N. pazienti ricoverati	Ricovero		Livello di cura					
		Pazienti	Giorni	All'ammissione* (% pazienti)			Durante il ricovero <sup>§</sup> (% giorni)		
				A	S	N	A	S	N
IMA	1826	1817	13 854	96.2	1.8	2.0	41.5	36.8	21.7
SC	2085	2008	14 595	39.7	39.7	20.6	8.9	55.5	35.6
BPCO	1777	1719	13 298	38.1	39.3	22.6	11.9	52.2	35.9
ACV	1596	1567	26 085	84.0	7.5	8.5	27.3	41.2	31.5
Polmonite	1965	1917	13 501	35.5	43.0	21.5	14.0	51.6	34.4
Sostituzione anca o ginocchio	1303	1304	12 523	56.5	2.4	41.1	30.1	46.5	23.4
Isterectomia	1484	1413	4762	88.0	0.5	11.5	47.2	8.7	44.1
TURP	1206	1104	4250	73.6	3.8	22.6	58.3	10.9	30.8
Totale	13 242	12 849	102 868	62.2	19.7	18.1	27.5	40.2	32.3

A, pazienti acuti; ACV = accidente cerebrovascolare; BPCO, broncopneumopatia cronica ostruttiva; IMA, infarto miocardico acuto; N, pazienti non acuti; S, pazienti subacuti; SC, scompenso cardiaco; TURP, resezione transuretrale della prostata. \*sul totale di 13 242 pazienti; <sup>§</sup>sul totale di 12 849 pazienti con tempo di permanenza in ospedale superiore a 1 giorno; sono esclusi i giorni nei quali i pazienti sono stati indirizzati a livello di cura alternativo ed i giorni oltre il punto di riferimento prestabilito.

di degenza di pazienti medici rientra in questo tipo di *care*, che dovrebbe essere distribuito in un rapporto di circa 2:1 fra ospedale e territorio.

### Conclusioni

Il modello dipartimentale ospedaliero di medicina per rispondere adeguatamente al suo ruolo di collegamento strutturale con il territorio e la rete delle strutture intermedie deve includere un'area di *subacute care* e prevedere la costituzione di team multidisciplinari di *disease management* delle patologie croniche epidemiologicamente più significative, team che rendano strutturale il rapporto fra ospedale e territorio. La rivalutazione del ruolo infermieristico è un elemento base per rendere possibile un diverso approccio organizzativo alla degenza ospedaliera.

### Bibliografia consigliata

- Ham C. Does the district general hospital have a future? *BMJ* 2005; 331: 1331-3.
- Flintoft VF, Williams JL, Williams RC, Basinski AS, Blackstien-Hirsch P, Naylor CD. The need for acute, subacute and nonacute care at 105 general hospital sites in Ontario. Joint Policy and Planning Committee Non-Acute Hospitalization Project Working Group. *CMAJ* 1998; 158: 1289-96.
- Griffiths P, Sironi C. Care needs and point prevalence of post-acute patients in the acute medical wards of an Italian hospital. *Int J Nurs Stud* 2005; 42: 507-12.
- Melis RJ, Olde Rikkert MG, Parker SG, van Eijken MI. What is intermediate care? *BMJ* 2004; 329: 360-1.
- Young J, Forster A, Green J. An estimate of post-acute intermediate care need in an elderly care department for older people. *Health Soc Care Community* 2003; 11: 229-31.

## Perché una pagina sulla FarmacoVigilanza?

Francesco LAPI, Alfredo VANNACCI, Grazia BANCHELLI, Enrico CECCHI, M.L. LOMBARDI, Marina DI PIRRO, Alessandro MUGELLI

Dipartimento di Farmacologia Preclinica e Clinica, Università degli Studi, Firenze e Sistema di FarmacoVigilanza della Regione Toscana, Area Vasta Centro ([www.farmacovigilanza.toscana.it](http://www.farmacovigilanza.toscana.it))

Nel corso dei prossimi 12 numeri, *Internal and Emergency Medicine* presenterà, nella sezione "Medicina Italia", un breve articolo di FarmacoVigilanza. Verrà di volta in volta selezionato un argomento di interesse per il medico internista e per il medico dell'emergenza che sarà oggetto di una breve *review* condotta da esperti italiani di FarmacoVigilanza.



### La FarmacoVigilanza in medicina interna: quale impatto sulla salute pubblica?

Quando si parla di FarmacoVigilanza si fa riferimento a tutte le attività volte a produrre e divulgare le migliori informazioni possibili sulla sicurezza dei farmaci nel loro impiego *post-marketing*, in modo da assicurare la presenza sul mercato di sostanze con un rapporto beneficio/rischio il più possibile favorevole. In termini pratici si possono ricondurre alla FarmacoVigilanza tutte quelle iniziative che hanno il fine di promuovere il "buon uso del farmaco" nella pratica clinica quotidiana.

L'impatto sulla salute pubblica delle reazioni avverse ai farmaci (*adverse drug reactions*, ADRs), risulta importante sia in termini di morbilità che mortalità: si stima che il 5% dei ricoveri ospedalieri sia causato da ADRs e che, negli Stati Uniti, si collochino tra la quarta e sesta causa di morte. Una delle motivazioni principali risiede nell'ampio utilizzo di farmaci in particolari settori della popolazione, come gli anziani, di norma escluse dai trials clinici *pre-marketing*, spesso in condizioni di polipatologia e polifarmacoterapia. Gli ultrasessantacinquenni, che in Italia hanno ormai raggiunto il 15% del totale, ricevono infatti un terzo delle prescrizioni, arrivando ad

assumere fino a 10 farmaci, con un notevole incremento del rischio di interazioni<sup>1</sup>.

In tale contesto, la segnalazione di sospetta ADR ed una sua valutazione critica, rappresenta uno strumento importante che il medico possiede per facilitare un uso razionale del farmaco. Il sistema della FarmacoVigilanza soffre però di alcune limitazioni, la prima delle quali è la sottosegnalazione. Ogni operatore sanitario infatti nel corso della propria attività ha una probabilità molto elevata di osservare pazienti con ADR. È tuttavia frequente che la

segnalazione non venga fatta: a volte l'ADR non è riconosciuta come tale, in altri casi non è stata sospettata la relazione di un quadro clinico con l'assunzione di un farmaco o infine, anche ove sospettata o addirittura riconosciuta l'ADR, semplicemente non è ritenuto necessario segnalare<sup>2</sup>. L'obiettivo attuale dei sistemi italiani di FarmacoVigilanza è quello di ridurre il tasso di sottosegnalazione, utilizzando alcuni strumenti che si sono dimostrati efficaci in altre realtà europee, tra i quali l'invio di un *feedback* informativo al medico segnalatore e l'attivazione di strutture regionali organizzate in più livelli.

### Bibliografia

1. Lazarou J, Pomeranz BH, Corey PN. Incidence of adverse drug reactions in hospitalized patients: a meta-analysis of prospective studies. *JAMA* 1998; 279: 1200-5.
2. The Uppsala Monitoring Centre. Safety monitoring of medicinal products. Guidelines for setting up and running a Pharmacovigilance Centre. Uppsala: WHO Collaborating Centre for International Drug Monitoring, 1999.



“La conoscenza e l’errore hanno le stesse origini mentali solo il successo può distinguere l’uno dall’altro”

Ernst Mach, 1905

## MIND YOUR LIMIT è

uno spazio news sulla gestione del rischio clinico e la sicurezza del paziente che presenta:

- Mortality and Morbidity Review o Audit Clinici su eventi avversi
- Good practice per la sicurezza del paziente
- Studi e ricerche su “Human factor in Medicine” e “Quality Healthcare”
- Information and Communication Technology per la prevenzione delle malpractice

## OBIETTIVI

- Ricordare i limiti di ogni essere umano nel suo lavoro, la possibilità di sbagliare
- Favorire la cultura dell’imparare dagli errori

## IL TEMA

La letteratura medica internazionale dopo la pubblicazione del rapporto dell’Institute of Medicine “To err is human” si è sempre più interessata al problema dell’**errore** umano in medicina. Da un approccio tradizionale basato sulla ricerca della responsabilità personale si sta progressivamente passando, sul modello dei sistemi di trasporto aereo, ad un approccio sistemico basato sulla priorità dell’analisi dell’organizzazione e del **fattore umano**.

Gli studi epidemiologici, di tipo retrospettivo, sino ad oggi svolti nei vari paesi, valutano il tasso di **eventi avversi** sul numero dei ricoveri in un range compreso tra 2.9 a 16.6 (dati presentati da Charles Vincent nella main lecture di apertura della International Conference “Healthcare ergonomics systems and patient safety”, Firenze 2005). Si stima che circa l’80% di eventi avversi abbiano nell’organizzazione la loro causa.

Ormai la gestione del rischio clinico, intesa come buona pratica di governo clinico, è diventata una necessità di tutte le strutture sanitarie interessate al miglioramento continuo della qualità. **Obiettivo** di un servizio sanitario sicuro è definire processi e procedure di lavoro che tengano conto della possibilità da parte dei professionisti di sbagliare e quindi introdurre le opportune misure per intercettare l’errore prima che possa causare un danno.

Il range degli interventi possibili va dal miglioramento della comunicazione interna (tra operatori sanitari) ed esterna (medico-paziente) alla formazione mediante simulazione, dalla determinazione dei carichi di lavoro allo studio del clima organizzativo, dal design delle apparecchiature biomedicali alla loro usabilità in sicurezza.

Questa visione del problema pone maggiore attenzione alle condizioni organizzative ed ai meccanismi cognitivi alla base di molti errori. Si tratta di progettare il sistema di lavoro intorno all’utente (paziente ed operatore sanitario). Il **clinical risk management** ha la funzione di individuare le condizioni di pericolo, analizzare la probabilità di causare un danno, introdurre le misure di controllo e prevenzione del rischio.

## GLOSSARIO

### Ergonomia o Fattore umano

L’ergonomia o fattore umano è la disciplina scientifica che si occupa della comprensione delle interazioni tra gli esseri umani e gli altri elementi di un sistema, nonché la professione che applica teorie, principi, dati e metodi per progettare nell’ottica dell’ottimizzazione del benessere umano e della prestazione di tutto il sistema.

*International Ergonomics Association (IEA), 2001*

### Errore

Il fallimento nel portare a termine, come nelle intenzioni, un’azione precedentemente pianificata (errore di esecuzione) oppure l’uso di una pianificazione sbagliata per raggiungere un obiettivo (errore di pianificazione).

*James Reason, 1990*

### Evento avverso

Danno o potenziale danno causato dalla gestione clinica e non dalla patologia del paziente. Un evento avverso attribuibile ad errore è “un evento avverso prevenibile”.

*To Err is Human, 2000*

### Clinical Risk Management

Attività cliniche ed amministrative intraprese per identificare, valutare e ridurre i rischi per i pazienti, per lo staff, per i visitatori e i rischi di perdita per l’organizzazione stessa.

*Commissione tecnica sul rischio clinico del Ministero della Salute, 2005*

## LETTURA CONSIGLIATA

*Donald A. Redelmeier, MD The Cognitive Psychology of Missed Diagnoses Ann Intern Med. 2005;142:115-120. www.annals.org.*

L’articolo presenta un evento avverso analizzato secondo alcuni principi della psicologia cognitiva.

Gli errori commessi nella diagnosi di un caso di osteomielite sono valutati attraverso le euristiche della disponibilità, dell’ancoraggio, l’effetto cornice, l’obbedienza cieca e la chiusura prematura.

Sono evidenziati i percorsi di ragionamento intrapresi dagli operatori sanitari per arrivare alla diagnosi errata.

## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. *Leonard M, Frankel A, Simmonds T, with Vega K. Achieving Safe and Reliable Healthcare: Strategies and Solutions. Chicago, Illinois: Health Administration Press; 2004, p. 5.*
2. *Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. (eds.) To err is human: building a safer health system. Washington DC, National Academy press; 2000.*
3. *Riccardo Tartaglia, Sebastiano Bagnara, Tommaso Bellandi, Sara Albolino (eds.) Healthcare systems Ergonomics and Patient Safety. London, Taylor & Francis; 2005.*