

Il caso di un ricoverato e i medici del Nop, il dipartimento nefrologia, oncologia e pneumologia, che spiegano il nuovo sistema

Se il paziente "viaggia" da un piano all'altro

Gli effetti del modello al "alta intensità di cura" già avviato al Carle e previsto per il Santa Croce

Cuneo - "Mio padre è stato spostato di letto tre volte nel giro di 24 ore: quando è arrivato in ospedale era grave, è stato ricoverato al Carle ed era in un letto adatto al suo stato. La mattina dopo è stato spostato perché le sue condizioni non destavano timore e ci hanno detto che aveva bisogno di cure diverse. Alla sera, 24 ore dopo il suo arrivo o poco più, quando sono andata a trovarlo non era più in quel letto, era stato rispostato in un terzo letto perché le cose erano di nuovo peggiorate, ma con altre complicazioni rispetto a quelle iniziali. Ringrazio il personale dell'ospedale, sempre molto professionale e allo stesso tempo gentile e disponibile, ringrazio anche perché papà ora è ritornato a casa sulle sue gambe, ma ho una domanda: come è possibile che un paziente malato, anziano, possa essere spostato di letto tre volte perché il nuovo modello sanitario vuole superare i vecchi reparti? Lui è rimasto completamente senza riferimenti (medici e infermieri cambiavano di continuo) così come noi, che non sapevamo neppure a chi e cosa chiedere e pensare. L'umanità e la disponibilità del personale, medico e infermieristico, è straordinaria, ma mi è sembrato di capire che questo spostare pazienti e personale, correre avanti e indietro tra piani e corsie non trovasse molti pareri favorevoli da parte di medici e infermieri".

È lo stralcio della lettera che una cuneese - di cui omettiamo il nome - ha scritto a La Guida. La questione riguarda il nuovo modello di sanità "a intensità di cura" che si vuole impiantare anche a Cuneo. Sarebbe una delle missioni imposte ai direttori generali, non a tutti, ma sicuramente al direttore cuneese Giovanna Baraldi, dalla Regione Piemonte per ridurre i costi.

Riorganizzare cioè il servizio sanitario in base alle complessità mediche, cliniche e assistenziali con un'analisi complessiva unitaria del percorso del malato, in modo da stabilire che non è la patologia, come è avve-

"Lo scopo non è la comodità ma debellare la malattia"

Cuneo - (mc). Alle richieste fatte alla direzione del Santa Croce su alcune segnalazioni di disagi simili a quello raccontato a fianco, hanno prontamente risposto, raccontando un esempio avvenuto la scorsa settimana, ma anche i casi di altri pazienti incontrati al Carle di Confreria, i medici Marco Merlano, direttore del dipartimento medicina 2, Paolo Noceti, direttore della struttura complessa di pneumologia, Alfonso Pacitti, direttore di nefrologia e dialisi, e Rossella Belafatti, coordinatore dipartimentale.

"Si deve confermare il fatto che si possano verificare più spostamenti durante il ricovero, magari non proprio tre nelle 24 ore. Un esempio? La settimana scorsa abbiamo ricevuto le rimostranze di un paziente oncologico giovane che è stato spostato più volte e ha deciso di autodimmettersi. Il paziente è stato spostato una prima volta all'interno dell'area gialla (per pazienti più critici e con maggiore bisogno di assistenza, ndr), su sua richiesta, perché raggiungendo nella sua stanza un letto bis per l'emergenza, non riusciva più a collegarsi con il portatile personale e vedere agevolmente la televisione. Il secondo spostamento è avvenuto come



Marco Merlano

da prassi verso l'area blu (per pazienti meno critici e minore bisogno di assistenza, ndr), perché le sue condizioni cliniche lo consentivano, nonostante la diagnosi. In area blu gli è stata attribuita una camera singola disponibile, proprio in considerazione dell'età e dell'uso di apparecchiature elettroniche, e il paziente era molto contento. Il giorno dopo, purtroppo, gli abbiamo comunicato la necessità di rispostarlo nel pomeriggio, per ricoverare in isolamento una paziente oncologica con neutropenia grave, e a questo punto ha deciso di autodimmettersi, dopo aver peraltro completato tutto il percorso diagnostico e con il programma di terapia concordato a partire dal giorno dopo.

Gli spostamenti sono valutabili caso per caso in as-

solata trasparenza e sono motivati da condizioni cliniche da tutelare (isolamenti e/o convivenza di pazienti immunodepressi); variazioni improvvise delle condizioni cliniche (dal blu al giallo) o miglioramenti (dal giallo al blu); convivenza di maschi e femmine nella stessa stanza; scelta del paziente meno complesso da sistemare sui letti aggiuntivi per le difficoltà di impianto elettrico, ossigenoterapia e vacuum.

Forse non è ancora chiaro il concetto di intensità di cura. Un altro esempio: un quadro di iniziale insufficienza respiratoria durante le fasi iniziali potrebbe essere assistito con media intensità assistenziale presso l'area blu. Ma l'andamento dei parametri emogasanalitici potrebbe richiedere l'inizio di una terapia con ventilazione non invasiva, con relativo monitoraggio semi-intensivo. In tal caso il paziente verrebbe appoggiato immediatamente all'area gialla, per carico di attenzione assistenziale terapeutico di maggior rilievo, sino a stabilizzazione raggiunta, e ricollocamento in area blu. Questo esempio (comunque riferibile a più stati clinici instabili) per poter comprendere come l'elasticità delle due aree contribuisca invece a gestione/

selezione ideale. Di solito si motiva il movimento di tale spostamento al diretto interessato e familiari, ed è possibile che questo passaggio comunicativo possa non essere compreso o non bene condotto.

Non si possono escludere casi in cui si è dovuto spostare pazienti più volte, non tanto per lo spostamento fra le due aree, ma per cercare di mantenere una camera interamente femminile o maschile, o perché la necessità di disporre di stanze singole e protette, per esempio per neutropenie severe o perché si cerca di isolare un paziente terminale, richiede di sostituire l'occupante di quelle stanze. Quando un paziente è spostato, è normalmente spostato con e sul suo letto, per cui il disagio, per quanto comprensibile, è comunque ridotto al minimo. E lo spostamento è necessario per garantire condizioni migliori per un altro paziente.

Certamente si concorda sul fatto che mantenere la stessa posizione durante tutto il periodo del ricovero è più confortevole, ma l'obiettivo del ricovero è debellare nel modo più efficiente e rapido possibile la malattia, mettendo in secondo piano anche la comodità del ricovero".

nuto fino ad oggi, che indirizza il malato in un reparto o nell'altro, ma è il suo percorso di cura. Non più dunque reparti divisi per patologie, con propri medici e proprio personale infermieristico specializzato, ma delle divisioni in cui sono medici e infermieri a girare e seguire il paziente in modo complessivo.

Questo nuovo modello di cura, che cambia regole e modo di lavorare all'interno dell'ospedale, è in fase di ampia sperimentazione già al nosocomio del Carle, dove in questi anni hanno trovato posto molti dei reparti che erano prima al San-

ta Croce o in altre strutture, come quella della Villa Santa Croce, da tempo passata all'Asl. Al Carle trovano posto l'oncologia, la dermatologia, la geriatria, le malattie infettive, la pneumologia, la psichiatria, la dialisi e nefrologia, l'allergologia, la reumatologia, la fisiopatologia respiratoria e anche la nuova struttura dove l'intensità di cura è già standardizzata a nuovo modello, il Nop, il dipartimento che unisce nefrologia, oncologia e pneumologia.

Sulla carta il modello funziona, nella pratica un po' meno. Perché casi come quello raccontato gene-

rano non pochi dubbi, anche perché l'intensità di cura potrebbe riguardare l'intero ambito ospedaliero cuneese e ampliarsi non solo al Carle, che è una struttura comunque "piccola", ma anche al più grande e complesso Santa Croce, un ospedale che è in continua ristrutturazione, in un continuo spostamento di reparti e strutture per lavori di adeguamento e messa in sicurezza. Spostamenti di letto continui da un reparto all'altro, da un piano all'altro e da un'ala all'altra dell'ospedale di via Coppino diventa complicato.

Forse una struttura edilizia nuova risponderebbe in

modo più efficace a un'organizzazione innovativa facilitando la messa in pratica, anche in senso strutturale, di un nuovo modello.

L'intensità di cura prevede anche un nuovo concetto di integrazione ospedale-territorio affinché sia davvero il malato al centro dell'assistenza completa, dall'ospedale specialistico, se ne ha bisogno, fino alla struttura generalista o alla casa di cura. Un percorso facile dal punto di vista teorico, ma con una messa in pratica che si sta rivelando complessa e articolata, soggetta a troppe variabili.

Massimiliano Cavallo