



	<p>REGIONE PIEMONTE AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA "MAGGIORE DELLA CARITÀ" NOVARA SSVD MEDICINA INTERNA – GALLIATE Direttore Struttura: Dr. Maurizio DUGNANI</p>	
“STANDARD DI SERVIZIO”		

INDICE		
<u>PRESENTAZIONE DELLA STRUTTURA</u>	Pag.	2
<u>LA MISSION</u>	Pag.	2
<u>ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE</u> Gestione del paziente anziano/molto anziano, fragile, clinicamente non critico affetto da multiple comorbidità cronico-degenerative caratterizzato da una sufficiente, anche se labile, stabilità clinica GARANZIE SPECIFICHE (clinico/organizzative/assistenziali, professionali, tecnologico/strutturali, scientifiche, rapporto col paziente / sicurezza del paziente) DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI	Pag.	3-4
<u>RESTANTE ATTIVITA'</u>	Pag.	5
<u>PROGETTI DI MIGLIORAMENTO</u>	Pag.	6

 [TOP](#)

PRESENTAZIONE SSVD MEDICINA INTERNA – GALLIATE

La struttura semplice a valenza dipartimentale (SSVD) di Medicina Interna del PO di Galliate si colloca nel Dipartimento di Medicina Generale dell'ASO "Maggiore della Carità" di Novara.

La struttura è diretta dal dott. Maurizio Dugnani; compongono il team medico: dott.ssa Gabriella Cornaglia, dott.ssa Cristina Bignoli, dott.ssa Stefania Morelli, dott.ssa Sandra Colombi, dott. Fabio Lunati, dott. Giuseppe Barbera.

LA MISSION

La SSVD Medicina di Galliate può essere correttamente definita come "Medicina di Continuità Assistenziale" in quanto, nell'ottica di ampliare e al contempo diversificare l'offerta assistenziale all'interno della Azienda Ospedaliera, si caratterizza come Struttura rivolta in particolare alla gestione clinica del "post-acuzie", cioè di quella condizione clinica di transizione tra la condizione di acuzie e/o criticità e quella della raggiunta stabilità e/o cronicizzazione della patologia che ha reso necessaria l'ospedalizzazione. Questo ruolo trova piena giustificazione nella moderna concezione, affermata da alcuni anni, di un nuovo modello organizzativo di assistenza ospedaliera diversificata per intensità di cura e in tal senso maggiormente incentrata sulle reali esigenze del paziente in una determinata fase clinica.

E' altresì opinione condivisa dai più che l'organizzazione dell'Ospedale per intensità di cure consenta una ottimizzazione delle risorse economiche e umane attraverso una maggiore appropriatezza dei ricoveri.

 [TOP](#)

ATTIVITA' DI ECCELLENZA E GARANZIE SPECIFICHE

Gestione del paziente anziano/molto anziano, fragile, clinicamente non critico affetto da multiple comorbilità cronico-degenerative caratterizzato da una sufficiente, anche se labile, stabilità clinica

Le particolari competenze professionali sviluppate nel corso degli anni in ambito internistico-geriatrico dai molti componenti l'equipe medica consente, a nostro avviso, di gestire in maniera adeguata le molteplici problematiche cliniche correlate alla "complessità" di tali pazienti senza ricorrere a un numero eccessivo/ e spesso inutile di procedure diagnostiche e di consulenze specialistiche. La sensibilità verso problematiche socio-assistenziali spesso concomitanti e a volte preponderanti in questo "setting" clinico, garantisce un corretto rapporto interpersonale con il malato con una particolare attenzione alla sua situazione personale familiare, sociale ed economica.

Una corretta gestione del "post-acuzie" può consentire una maggiore appropriatezza dei ricoveri nei reparti per acuti; è indispensabile a tal proposito individuare criteri clinici condivisi caratterizzanti i pazienti candidati a essere ammessi nel reparto di "post-acuzie" e ; altrettanto fondamentale è predisporre, in accordo con le Strutture di ricovero territoriali, efficaci percorsi di continuità assistenziale che assicurino la dimissione del paziente una volta ottenuta una adeguata stabilizzazione clinica

DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI	2013	2014	2015	2016	2017
Numero pz ultranovantenni ricoverati	70	86	115	105	114
Numero pz ultranovantenni con + di tre diagnosi su SDO	37	58	66	71	73
Degenza media pz ultranovantenni (giorni)	11,20	9,12	12,11	13,17	12,85
% pz ultranovantenni dimessi in RSA o DC (dimissione 3)	26	13	18,26	21,90	15,79

GARANZIE SPECIFICHE

GARANZIE CLINICO / ORGANIZZATIVE / ASSISTENZIALI

L'attività clinica del reparto, in riferimento soprattutto alla gestione dei pazienti molto anziani con polipatologia e conseguente polifarmacologia, poggia oltre che sulle competenze internistico-geriatriche dei singoli medici, sulla stretta collaborazione e integrazione da tempo avviata con il DEA, i reparti medici e/o chirurgici per acuti, le strutture di ricovero territoriali (Ospedali di Comunità, RSA) e i medici di medicina generale (MMG), nell'ottica di predisporre e assicurare un percorso di continuità clinico-assistenziale indispensabile in questo setting clinico

GARANZIE PROFESSIONALI

Il dr. Maurizio Dugnani, direttore della SSVD, è specialista in Gastroenterologia e in Geriatria, è autore e/o coautore di oltre sessanta pubblicazioni scientifiche su riviste nazionali e internazionali; è stato relatore/moderatore in numerosi eventi ECM e Congressi Nazionali; è socio ordinario nonché componente del direttivo regionale FADOI (Federazione delle Associazioni dei Dirigenti Ospedalieri Internisti); dal 2008 al 2012 docenza in Geriatria nell'ambito del Corso di base per Operatori Socio-sanitari promosso dal CISA OVEST TICINO.;- Dal 2012 docenza di Geriatria e Gerontologia nel corso di Laurea Fisioterapia, Università degli Studi del Piemonte Orientale, Dipartimento di Scienza della Salute; ha acquisito dopo

frequenza di Corsi teorico-pratici dedicati, adeguate competenze in Ecografia Internistica e Ultrasonologia Vascolare

GARANZIE TECNOLOGICO / STRUTTURALI

Il reparto dispone di un apparecchio Ecocolordoppler per effettuazione di esami ecografici/ecodoppler a pazienti ricoverati e/o ambulatoriali; molti esami vengono eseguiti "bed side" se i pazienti ricoverati sono allettati e/o difficilmente trasportabili, consentendoci di velocizzare e ottimizzare il processo diagnostico

GARANZIE SCIENTIFICHE

- 1- M.Dugnani - Il tromboembolismo venoso nel paziente colpito da stroke ischemico - In " Cardiovascular Risk ON TARGET UP Date - Marzo 2008
- 2- Campanini M., Lunati F, Dugnani M. Re R. - "la prevenzione del tromboembolismo venoso". - Informazione Cardiologica 2008; 12; 3:34-46.
- 3- M.Dugnani - La diagnosi di embolia polmonare - In "Atlante delle malattie venose " - Medical Communications Torino – FADOI - Febbraio 2010
- 4- R.Re , M.Dugnani , M.Campanini - Ipotensione post-prandiale nell'anziano istituzionalizzato - In " Abstract Book " XV Congresso Nazionale FADOI 16-19 maggio 2010 – Bologna
- 5- M. Dugnani - Indicazioni e durata della profilassi nel paziente medico : indicazioni a continuare la profilassi a domicilio - In " Italian Journal of Medicine 2010 ; 4(2) Speciale :36-38
- 6- M.Dugnani - Profilassi del tromboembolismo venoso nel paziente cronicamente allettato - In "Italian Journal of Medicine 2010 ; vol 4 (3) Speciale :18-21
- 7- M.Dugnani , F.Lunati, M.Campanini - Un caso di trombosi venosa profonda in un paziente affetto da cirrosi epatica - HCV correlata - In"Abstract Book "XVI Congresso Nazionale FADOI 15-18 maggio 2011- Firenze
- 8 - F.Lunati , R.Re, F. Santi , M. Dugnani, M. Campanini - La Sindrome coronarica acuta in Medicina Interna - In"Abstract Book "XVI Congresso Nazionale FADOI 15-18 maggio 2011-Firenze

GARANZIE RAPPORTO COL PAZIENTE / SICUREZZA DEL PAZIENTE

Da tutti i pazienti ricoverati (o dai famigliari se le condizioni cliniche del paziente non lo consentono) vengono acquisiti su modulistica dedicata:

- consenso informato sulla gestione dei dati sensibili e sulla responsabilità personale nella custodia dei beni personali
- consenso informato per l'effettuazione di procedure diagnostiche radiologiche (TC con mdc, angiografie ect), endoscopiche (EGDscopia, Colonscopia ect) o procedure invasive (toracentesi, paracentesi , biopsie, posizionamento di CVC, PEG ect)
- utilizzo di scheda unica di terapia informatizzata sulla quale appongono la propria firma il medico proscrittore e l'infermiere professionale che ha somministrato la terapia.

Ai pazienti con alterazioni del comportamento alimentare viene rivolto l'invito (più frequentemente ai loro caregivers) di compilare il diario alimentare al fine di valutare correttamente l'introito calorico giornaliero.

Per tutti i pazienti ricoverati il personale infermieristico effettua periodicamente nel corso della giornata la valutazione del sintomo dolore con l'ausilio della scheda apposita VAS

In tutti i pazienti ricoverati viene calcolato lo score di rischio per il tromboembolismo venoso attraverso l'utilizzo di un modello di assessment del rischio validato a livello nazionale per verificare l'esistenza di indicazioni ad instaurare una strategia di profilassi antitrombotica farmacologica e/o meccanica

 [TOP](#)

RESTANTE ATTIVITA'

Si articola in:

- attività di degenza ordinaria
- attività di ricovero in regime di Day Hospital (terapeutico) e di Day Service (diagnostico e terapeutico)
- attività ambulatoriale polispecialistica

L'attività svolta in regime di ricovero ordinario è rivolta a pazienti prevalentemente anziani "fragili" con polipatologia od oncologici in stadio clinico avanzato ricoverati o direttamente dal DEA oppure trasferiti dai reparti medici per acuti; va segnalata inoltre la stretta collaborazione con la SC Cure Palliative

Nella gestione dei pazienti oncologici in stadio clinico avanzato viene posta particolare attenzione al controllo farmacologico della sintomatologia dolorosa e al supporto psicologico, di fondamentale importanza in tali pazienti. I ricoveri da DEA (> all'80% del totale dei ricoverati) vengono effettuati in regime di urgenza, comunque entro le 24 h; i tempi di attesa per trasferimenti dagli altri sono quantificabili approssimativamente in otto-dieci gg in considerazione della priorità clinica dei pazienti provenienti dal DEA.

L'attività di ricovero in regime di Day Hospital è rivolta a pazienti sottoposti a terapie farmacologiche infusive cicliche (farmaci vasoattivi, farmaci efficaci contro il riassorbimento della massa ossea).

L'attività ambulatoriale multidisciplinare grazie alle diverse competenze specifiche dei singoli sanitari si articola in consulenze di Medicina Interna, Diabetologia, Reumatologia, Geriatria; sono attivi ambulatori dell'Ipertensione Arteriosa e UVA; la dott.ssa Cornaglia svolge attività ambulatoriale diabetologica un giorno alla settimana presso l'ambulatorio della S.C. Diabetologia di Novara; vengono effettuati monitoraggi della PA delle 24 h, esami ecografici dell'addome superiore, tiroide ed Ecodoppler TSA e venosi degli arti inferiori.

DATI DI ATTIVITA' E INDICATORI

Attività	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
N° totale ricoveri							
Casi totali in DO	539	614	565	536	520	525	684
Accessi totali Day Hospital	116	158	151	164	147	144	107
Tasso occupazione in degenza ordinaria (%)	90.81	88.17	91.20	90,6	89.2		78.6
Degenza media ricoveri ordinari (giorni)	11.85	11.31	12.08	12.36	12.54	12.37	13.82
Peso medio degenza ordinaria	1.25	1.23	1.24	1,30	1.25	1.24	1.21
Totale prestazioni ambulatoriali	6863	6927	7412	6019	3787	3881	2823
Mortalità	72	88	93	97	109	99	127
Indice di attrazione fuori ASL in DO	3.79	4.40	5.66	7,09	3.85	5.14	7.02
% pz. DO da fuori Novara	3.79	4.74	6.43	7,5	4.17	5.37	2.01
% pz. DO da Quadrante	0.69	0.15	0.49	0,34	1.26	1.62	0.29

PROGETTI DI MIGLIORAMENTO

Istituzione di un Servizio di Cure domiciliari finalizzato alla gestione del paziente anziano “fragile” affetto da multiple comorbidità

La condizione di “fragilità” è un’entità clinica descritta dalla Medicina Geriatrica negli ultimi 15-20 anni definibile come una “condizione polifattoriale che comporta alto rischio di rapido deterioramento della salute e dello stato funzionale ed elevato consumo di risorse con forte impatto sul Welfare”. E’ una sindrome biologica caratterizzata da riduzione delle riserve e della resistenza agli stress e provocata dal declino cumulativo di più sistemi fisiologici; va differenziata dalla disabilità; essa esprime una condizione di estrema instabilità omeostatica che espone l’anziano a rischio di gravi complicanze, perdita di autosufficienza e morte anche per eventi clinici di modesta entità.

Il paziente anziano fragile affetto da multiple comorbidità rappresenta da alcuni anni il paradigma del paziente ricoverato nelle Divisioni di Medicina Interna.

In rapporto anche al progressivo invecchiamento della popolazione, il “burden” di pazienti anziani fragili è in costante rapido aumento. L’approccio clinico al paziente anziano fragile deve ispirarsi al criterio, della valutazione multidisciplinare, multi specialistica; la corretta gestione deve avvalersi dell’apporto integrato di conoscenze di diverse figure professionali mediche e non, quali: geriatra, fisiatra, fisioterapista, dietologo, dietista, psicologo, neuropsichiatra, assistente sociale. In tale contesto il medico specialista in Medicina Interna può svolgere un ruolo insostituibile di regia e coordinamento delle diverse competenze professionali nell’ottica di un approccio clinico olistico al paziente anziano fragile.

Occorre passare da una Medicina basata sulle evidenze che ha come obiettivo principale la “migliore cura della malattia” a una Medicina incentrata sul paziente, con l’obiettivo di ricercare la migliore cura per pazienti per lo più affetti da malattie croniche, degenerative, progressive con associate sindromi geriatriche (cadute, delirium, demenza, incontinenza urinaria, dolore cronico, depressione) e numerose altre comorbidità, perdita dell’autonomia, in trattamento polifarmacologico.

Pertanto si propone di promuovere, nell’ottica di una efficace continuità clinico-assistenziale, un servizio di cure domiciliari per il paziente anziano “fragile”, analogamente a quanto già da tempo avviato per i pazienti oncologici in stadio avanzato.

Tale modello assistenziale potrebbe consentire un follow up clinico più adeguato attraverso una reale integrazione tra Ospedale e territorio, una riduzione di accessi ripetuti e spesso inappropriati al DEA e di re-ospedalizzazioni del paziente, una riduzione di frequenti trasporti con ambulanza in Ospedale, contribuendo di conseguenza ad una più corretta allocazione di risorse umane ed economiche e ad un risparmio di spesa

 [TOP](#)

Redatto: Dr.ssa Cristina Bignoli	Verificato e Approvato: Direttore SC Dr. Maurizio Dugnani	Data emissione: Novara, 26/06/2012	Stato documento: Rev. 7 – Anno 2018
STS Medicina - Galliate rev7_181015.doc			Pag. 6 di 6