



Società Italiana di  
Medicina Interna



Università  
di Torino



SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI MEDICINA  
INTERNA  
FADOI

### III Giornate Piemontesi di Medicina Clinica

Già VII Giornate Cuneesi di Medicina Interna

29 settembre – 1 ottobre 2011

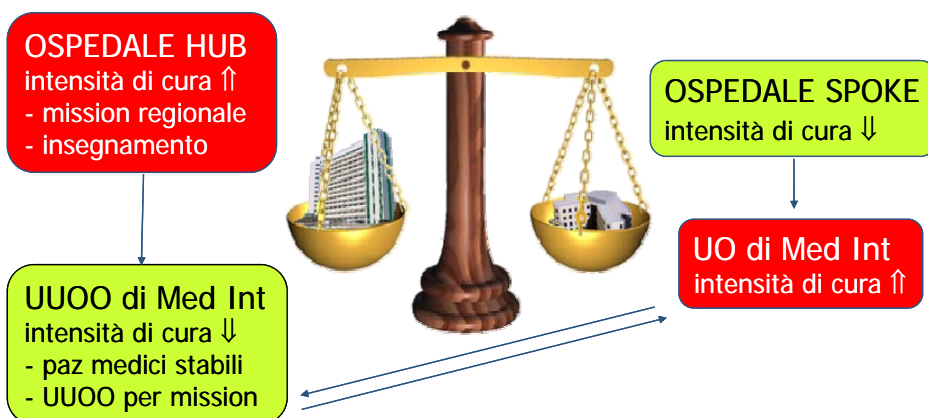
PERCORSI IN MEDICINA INTERNA I MODELLI ORGANIZZATIVI

## L'organizzazione per intensità di cura: *esperienza preliminare ed errori da evitare*

*V. Arienti*

*Medicina Interna A, Ospedale Maggiore – Bologna*

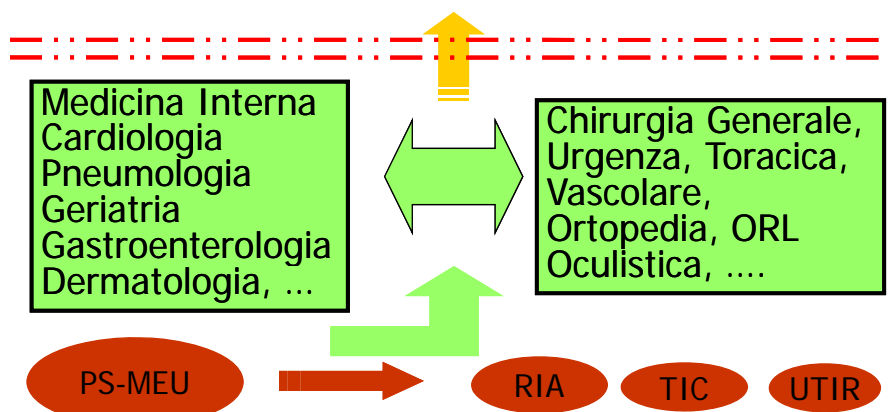
## Organizzazione attuale



Arienti V, Cuneo 2011

## Flussi intraospedalieri del Paz ricoverato

### Lungodegenza e Terapia Riabilitativa



Arienti V, Cuneo 2011

## Il Reparto per intensità di cura



Area "sub-intensiva"



Area di degenza ordinaria per acuti



"Lungodegenza post-acuzie"

Arienti V, Cuneo 2011

Dal punto di vista del beneficio del paziente, dei flussi intra ed extraospedalieri e della gestione delle risorse è meglio:

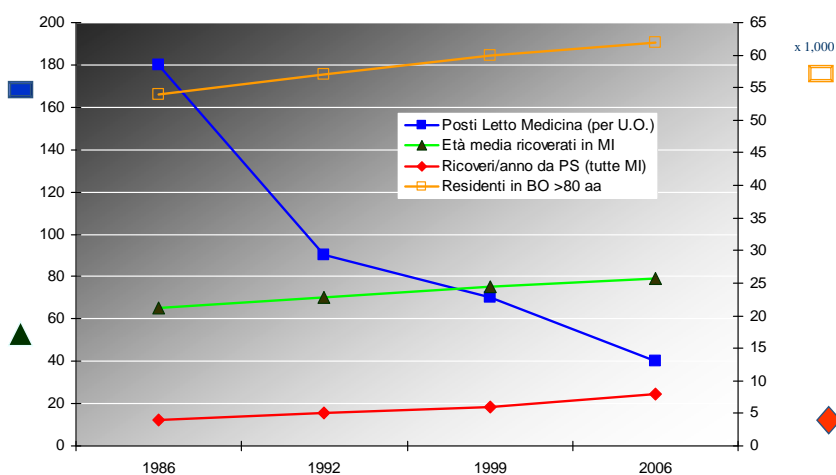


- Destinare il Paz al reparto per patologia d'organo e/o d'apparato (Paz monopatologici, eguale IdC)
- Attrezzare i reparti attuali monospecialistici con letti a differente IdC
- Abbattere le "barriere" fra i reparti specialistici e creare aree a differente IdC in cui gli specialisti si confrontano (Paz pluripatologico a diff. IdC)



Arienti V, Cuneo 2011

## Evoluzione storica dei ricoveri in MI



Fonti: Direzione Medica Ospedale Maggiore (Cruscocto Interno), Bollettino Regione Emilia Romagna 2004, Annuario Istat 2004

Arienti V, Cuneo 2011

Arienti V, Intern Emerg Med 2008

## Il paziente internistico oggi...

### *caratteristiche*

- è molto anziano
- ha diverse comorbidità
  - *spesso misconosciute*
- è fragile
- ha perso l'autonomia
- è quasi sempre "complesso"



Arienti V, Cuneo 2011

Commissione COLMED09-SIMI, 2010  
*Corrocher, Amodio, Arienti, Benetti, Pini, Trevisani*

## Il paziente internistico oggi...

### *ricadute organizzative*

- Difficile **standardizzazione** delle procedure clinico-inferm.
- Necessità di **procedure diagnostiche** d'urgenza
- Impossibilità di applicare **linee guida** e risultati di trials a malati anziani e complessi
- Facilità alle **infezioni** nosocomiali
- Mancanza di **riabilitazione** precoce (↑ della degenza)
- Difficoltà di esecuzione **esami post-ricovero**

Arienti V, Cuneo 2011

Commissione COLMED09-SIMI, 2010  
*Corrocher, Amodio, Arienti, Benetti, Pini, Trevisani*

## I "frequent users" un problema emergente

USA: N. 4926 OSPEDALI aa 2003-2004

### Frequenza dei ricoveri ripetuti

- 0-30 gg: 579.903 (19.3%)
- 31 - 60 gg: 834.369 (28.2%)
- 61 - 90 gg: 1.006.762 (34.0%)
- 91-180 gg: 1.325.645 (44.8%)
- 181-365 gg: 1.661.396 (56.1%)

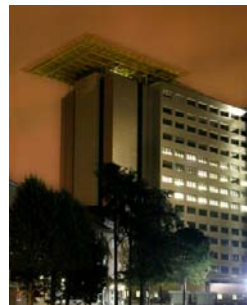
*Jencks et al NEJM, 2009*

Arienti V, Cuneo 2011

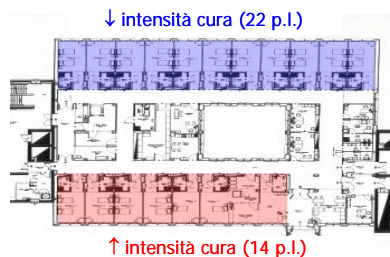
## Esperienza personale

Novembre 2008

Completamento del nuovo edificio del corpo D dell'Ospedale Maggiore (**struttura a quinto corpo di fabbrica**) e trasferimento dei reparti internistici



Area centrale operativa, due corridoi paralleli, due ali di degenza



Arienti V, Cuneo 2011

## Obiettivi

1. **Applicare un sistema organizzativo** che, nell'ambito della DM ordinaria (~8gg) tenga conto di una fase preliminare (2-3gg) ed una successiva (5-6gg) con differenti livelli di "severità clinica" e "complessità assistenziale"
2. **Uniformare i modelli clinici e assistenziali** delle varie unità operative dell'area medica (Medicina Interna e Geriatria) nell'ambito del Dipartimento Medico
3. **Migliorare il processo di ricovero** in area medica nelle sue fasi di accoglienza, gestione e dimissione

Arienti V, Cuneo 2011

## Pre-requisiti di fattibilità

Definizione e rispetto di:

1. Indice di **occupazione** (85%)
2. **Numero** giornaliero prestabilito di ricoveri da PS/MEU (~1Paz/12-14PL)
  - a)  $N = PL/DM \times (IOM \times \% \text{ Assorb. Ricoveri})$
3. **Tipologia** dei pazienti:
  - a) acuti, non chirurgici (24/72h), stabili e non critici \*



(\*) Crit Care Med 1992; 20 (4): 540-42

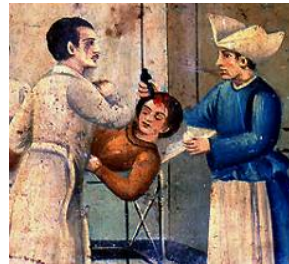
Arienti V, Nardi R: *Commisss Osp Intensità di Cura, AUSL Bo - 2009*

Arienti V, Cuneo 2011

## Organizzazione funzionale

### Area Rossa

Contemporaneo ed integrato coinvolgimento di competenze mediche ed infermieristiche



I pazienti provenienti dal PS/MEU vengono accolti in tale area e vi permangono mediamente per 48-72 ore

Arienti V, Cuneo 2011

## Organizzazione funzionale

### Area Blu



Medici ed I.P. svolgono separatamente le attività di propria competenza



Il paziente completa il periodo di degenza in area blu fino alla dimissione o al trasferimento (altri reparti, post-acuzie, lungodegenza..)

Arienti V, Cuneo 2011

## Il Reparto per intensità di cura

### Aspetti innovativi dell'organizzazione

#### BRIEFING

confronto medico-infermieristico con scambio di informazioni a carattere clinico-assistenziale e organizzativo

- Cambiamenti significativi delle *condizioni* del paziente
- Pianificazione dei *trasferimenti* dall'area rossa all'area blu e delle *dimissioni*



#### TRIAGE in Medicina Interna

consente di selezionare, fin dall'ingresso, l'allocazione più appropriata del paziente (Area Rossa/Blu)

- Score clinico-infermieristico MEWS
- Ecografia al letto



Arienti V, Cuneo 2011

Lung and abdominal bedside-ultrasound improve early diagnosis and patient allocation in subjects acutely admitted into an Internal Medicine Department

215 casi

Sensibilità 82% + 14% = 96%

MEWS	3	2	1	0	1	2	3	SCORE
Coscienza				A sveglio	V reagisce alla voce	P reagisce al dolore	1 non reagisce agli stimuli	
FR, apm		< 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	>= 30	
FC, bpm		< 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>= 130	
PA max	<= 70	71 - 80	81 - 100	101 - 199		>= 200		
TC, C°		<= 35		35 - 38,4				
Area rossa >= 3    Area blu < 3    Firma Medico								totale
Paziente allocato nell'area:    rossa    blu    letto								
note								



Medicina A Ospedale Maggiore - Bologna, 2010

Arienti V, Cuneo 2011



## TRIAGE in Medicina Interna



Arienti V, Cuneo 2011

Medicina A Ospedale Maggiore - Bologna, 2010



## Il metodo

*Definizione del campione e corretta impostazione metodologica sono condizioni indispensabili per raggiungere il risultato*

1. Il dimensionamento delle Aree di reparto a differente intensità di cura deve basarsi su **un'analisi epidemiologica** della tipologia dei ricoveri
2. La **riorganizzazione del lavoro** medico ed infermieristico deve seguire la stessa logica
3. Disegno organizzativo deve essere impostato da **tutte le componenti professionali** coinvolte
4. Necessità di stabilire **obiettivi e strumenti** di misura
5. Necessità di valutare **indicatori di esito**

Arienti V, Cuneo 2011

# I rischi

(...non rispetto di pre-requisiti e metodi...)

**Trasferimenti** nello stesso reparto :

- aumento degli errori
  - identificazione paziente
  - rintracciabilità (referti, consulenze, terapia..)
- difficoltà di comunicazione (consegne)
- diluizione delle responsabilità

**Perdita della continuità assistenziale:** il paziente non ha più un unico punto di riferimento medico e infermieristico

L'**attenzione** di tutta l'equipe è spesso rivolta a **creare il posto letto**

Arienti V, Cuneo 2011

Arienti V, Nardi R: *Commiss Osp Intensità di Cura, AUSL Bo - 2009*

## Affollamento e ricovero in reparto inappropriato



libero



occupato

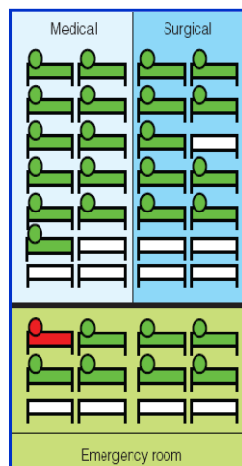


In attesa di destinazione



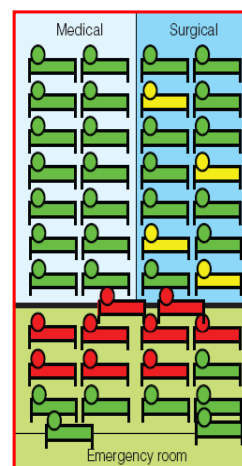
Ricoverato in reparto inappropriato

### NON affollato



Situazione ideale, flusso regolare

### Affollato



Inappropriatezza e rischio

Arienti V, Cuneo 2011

Spivulis PC, MJA 2006

## I riflessi medico-legali



Eccesso di domanda



Sovraffollamento e inappropriatezza



↑↑ del rischio ed errore,  
carichi di lavoro e  
demotivazione

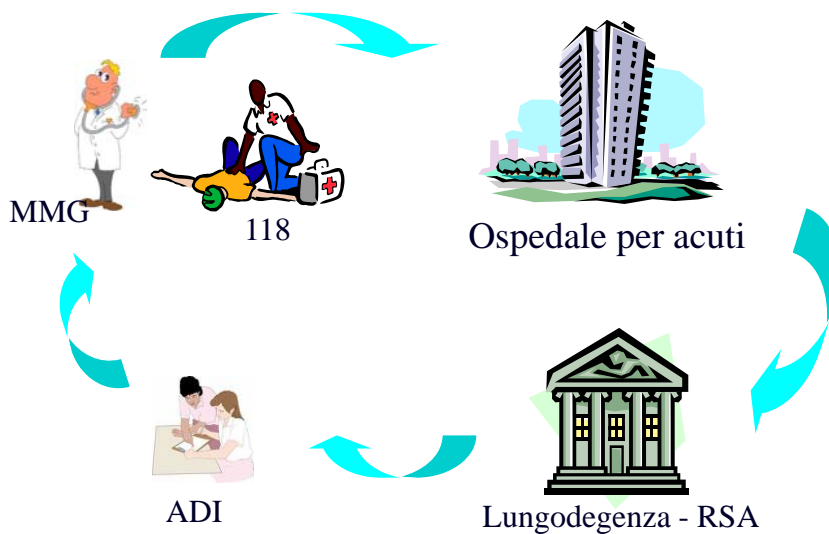


Cassazione Civile SS.UU. 577/2008

La responsabilità è oggi attribuita, anche *in autonomia*, alla struttura sanitaria per inidoneità e/o insufficiente organizzazione, a prescindere da una condotta negligente del singolo professionista

Arienti V, Cuneo 2011

## Il percorso assistenziale oggi: livelli di intervento per gestire l'iperafflusso



Arienti V, Cuneo 2011

## Messaggi chiave

1. L'ospedale e la medicina interna per intensità di cura:  
probabile cambiamento!
  - Dipartimento Medico Aperto (hospitalist, istituti di clinica medica)
2. Soluzioni al sovraffollamento
  - Valorizzazione MMG, integrazione territorio-ospedale, ospedali in rete
3. Rispetto metodologico per il cambiamento
  - Epidemiologia ricoveri e tipo Paz, obiettivi e metodi, pre-requisiti di fattibilità, rischi, ruolo delle società scientifiche e clinical governance, approccio multiprofessionale