



La MEDICINA INTERNA ed i processi di riorganizzazione delle cure sanitarie in Emilia Romagna: per una risposta al passo con i tempi e capace di rispondere ai bisogni reali dei malati

Bologna, 22 Marzo 2012

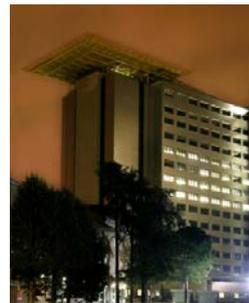
Organizzazione del Lavoro nelle UU.OO.CC di Medicina Interna : opinioni a confronto: 1 medico con visita senza infermieri

*V. Arienti, S. Pretolani, L. Baldini
Medicina Interna A, Ospedale Maggiore – Bologna*

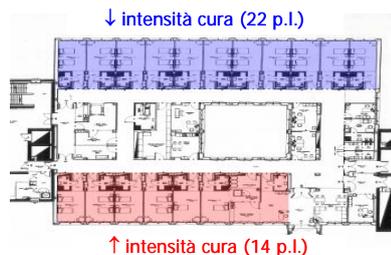
Esperienza personale

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



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

Organizzazione funzionale

Area Rossa

Visita congiunta medico e IP
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

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..)

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+IP)
- Ecografia al letto



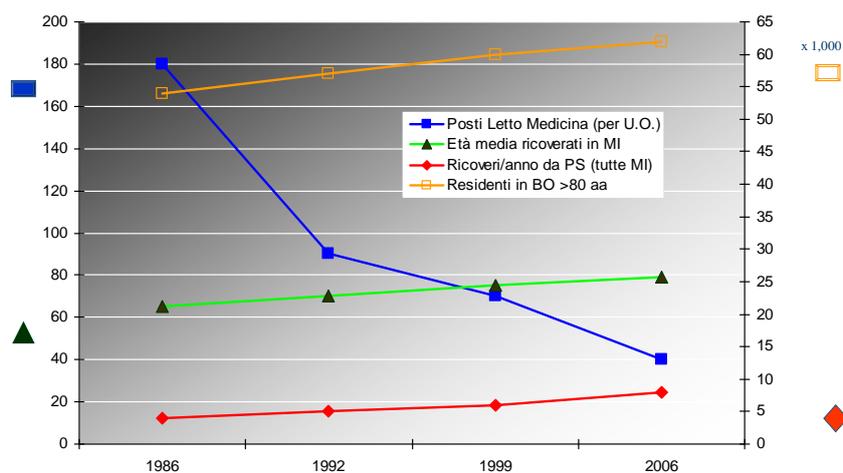


Quesiti



E' necessaria tale trasformazione
Quali obiettivi: efficacia/efficienza
Quali strumenti e quali metodi
Chi gestisce e verifica il processo

Evoluzione storica dei ricoveri in MI



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

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"



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

Fragilità e ricoveri frequenti

un problema emergente

USA: N. 4926 OSPEDALI aa 2003-2004

I Frequent users

- | | |
|---------------|-------------------|
| • 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

.. è finita l'epoca delle visite collegiali..



.. solo negli ospedali di insegnamento..

..già da anni la visita in reparto..

ristretta nei tempi, concentrata su tre momenti chiave



Trasferimento informazioni
condizioni generali,
parametri vitali, evoluzione
IP ->medico



rilevi obiettivi
mobilizz. paz anziani
visita congiunta



Trasferimento informazioni
diagn-terapeutiche
medico -> IP



Quesiti



E' necessaria tale trasformazione
Quali obiettivi: efficacia/efficienza
Quali strumenti e quali metodi
Chi gestisce e verifica il processo

No evidence in Internal Medicine !

[J Health Organ Manag.](#) 2006;20(6):525-36.

New opportunities for nurses and other healthcare professionals? A review of the potential impact of the new GMS contract on the **primary care** workforce.

[J Nurs Manag.](#) 2007 Nov;15(8):847-52.

Nurses working in **primary and community care** settings in England: problems and challenges in identifying numbers.

Related citations "PRIMARY CARE"

[Review Attracting and retaining nurses in primary care.](#) [Br J Community Nurs. 2006]

[Review Retention of nurses in the primary and community care workforce after the age of 50 years: database analysis and literature review.](#) [J Adv Nurs. 2009]

[Retaining older nurses in primary care and the community.](#) [J Adv Nurs. 2009]

[The changing nature of nursing work in rural and small community hospitals.](#) [Rural Remote Health. 2009]

[Cochrane Database Syst Rev.](#) 2005

Substitution of doctors by nurses in primary care.

[Laurant M](#), [Reeves D](#), [Hermens R](#), [Braspenning J](#), [Grol R](#), [Sibbald B](#)

4253 articles were screened of which 25 articles, relating to 16 studies, met inclusion criteria

AUTHORS' CONCLUSIONS:

- appropriately trained nurses can produce as high quality care as primary
- this conclusion .. caution ... only one study. Many studies had methodological limitations, and patient follow-up was generally 12 months or less
- Doctors' workload may remain unchanged (..because nurses dedicated to previously unmet patient need or because nurses generate demand for care)
- Savings in cost depend on the magnitude of the salary



Quesiti



E' necessaria tale trasformazione
Quali obiettivi: efficacia/efficienza

Quali strumenti e quali metodi

Chi gestisce e verifica il processo



Strumenti e metodi

Definizione a priori del campione (numero e tipo pazienti) e corretta impostazione metodologica sono condizioni indispensabili per raggiungere il risultato

1. Il dimensionamento delle Aree rossa e blu di reparto deve basarsi su un'analisi epidemiologica dei ricoveri fatta a priori
2. La riorganizzazione del lavoro medico ed infermieristico, **compresa la visita**, deve seguire la stessa logica
3. Necessità di stabilire obiettivi, strumenti di misura, indicatori di esito e di definire chi li gestisce e li verifica
4. Disegno organizzativo deve essere impostato e verificato da tutte le componenti professionali coinvolte

Intensità di cura e visita senza IP

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: Osp Intensità di Cura- 2009

Intensità di cura e visita senza IP

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

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

Trasferimenti nello stesso reparto :

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

Gli stessi IP lamentano la **mancata conoscenza** (visiva ed evoluzione diagnostico-terapeutica) del malato

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

Arienti V, Nardi R: Osp Intensità di Cura - 2009

Affollamento e ricovero in reparto inappropriato



libero



occupato

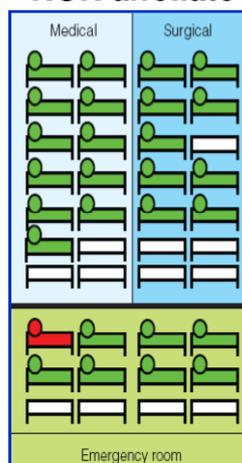


In attesa di destinazione



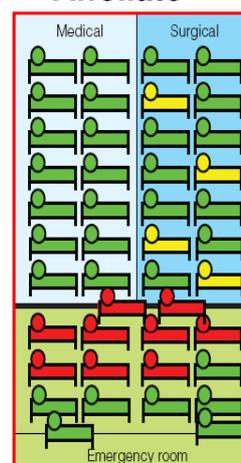
Ricoverato in reparto inappropriato

NON affollato



Situazione ideale, flusso regolare

Affollato



Inappropriatezza e rischio

Sprivilis PC, MJA 2006

..visita bedside oggi (*"briefing al letto"*) ..

tre momenti chiave della visita



Trasferimento informazioni
condizioni generali,
parametri vitali, evoluzione
IP -> medico



rilevi obiettivi
mobilizz. paz anziani
visita congiunta

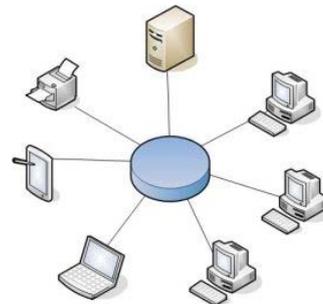


Trasferimento informazioni
diagn-terapeutiche
medico -> IP

Il futuro..nella visita congiunta bedside di oggi già ci siamo attrezzati con nuove tecnologie di semeiotica e stiamo per superare il cartaceo..



rilevi obiettivi
mobilizz. paz anziani
visita congiunta



TRIAGE in Medicina Interna



Sindrome intestiziale



Versamento pleurico



Colecistite



Occlusione intestinale

Medicina A Ospedale Maggiore - Bologna, 2010

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		>= 38,5		
Area rossa >= 3 Area blu < 3 Firma Medico								totale
Paziente allocato nell'area: rossa blu letto								
note								



Medicina A Ospedale Maggiore - Bologna, 2010

La visita al letto del malato: rito e validità

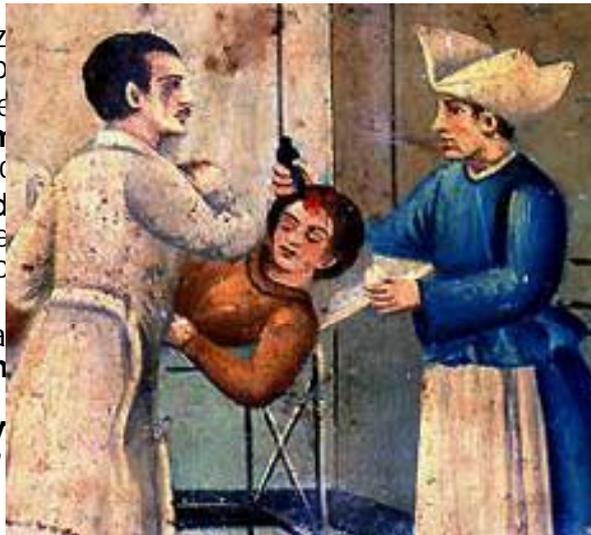
Verghese A et al. *The bedside evaluation: ritual and reason. Annals of Internal Medicine* 2011; 155: 550-553

- La valutazione clinica al letto del malato, con anamnesi e 'esame obiettivo, ...**principale mezzo di diagnosi e cura**;
- La recente moltiplicazione di test **rischia di invertire il paradigma diagnostico**: bypassare la visita al letto del malato, richiedendo immediatamente gli esami;
- **Rischio di ritardare od omettere la** diagnosi di una malattia facilmente riconoscibile, perdita dell'aspetto relazionale, minato il rapporto medico-paziente, modificazioni neuro-biologiche nei pazienti.
- La visita al letto del malato pertanto **non è soltanto un mero rituale, ma anche un potente mezzo diagnostico** da associare ad un uso giudizioso delle indagini e dei test. ***Tutto ciò rappresenta uno stimolo per recuperare abilità e capacità oggi in chiaro declino.***

La visita al letto del malato: rito e validità

Verghese A et al. *The bedside evaluation: ritual and reason. Annals of Internal Medicine* 2011; 155: 550-553

- La valutazione clinica al letto del malato, con anamnesi e 'esame obiettivo, ...**principale mezzo di diagnosi e cura**;
- La recente moltiplicazione di test **rischia di invertire il paradigma diagnostico**: bypassare la visita al letto del malato, richiedendo immediatamente gli esami;
- **Rischio di ritardare od omettere la** diagnosi di una malattia facilmente riconoscibile, perdita dell'aspetto relazionale, minato il rapporto medico-paziente, modificazioni neuro-biologiche nei pazienti.
- La visita al letto del malato pertanto **non è soltanto un mero rituale, ma anche un potente mezzo diagnostico** da associare ad un uso giudizioso delle indagini e dei test. ***Tutto ciò rappresenta uno stimolo per recuperare abilità e capacità oggi in chiaro declino.***



Interrompere la indissolubile comunicazione fra
"pilota" e "navigatore" e navigare o solo a vista o
solo con strumenti tecnologici porta inevitabilmente
al naufragio

