

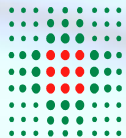
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

**CONGRESSO REGIONALE SIMEU : 8 FEBBRAIO 2013**

**IL PRONTO SOCCORSO ED IL RICOVERO APPROPRIATO**

**Il reparto "polmone", in quali mani?  
L'esperienza della Azienda USL di Bologna:  
la Medicina F**

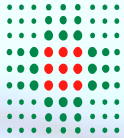
Dr.ssa Clara Cesari  
UOC Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza  
AUSL di Bologna



## Il "sovraffollamento"

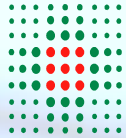


il precedente modello organizzativo prevedeva nei momenti di sovraffollamento, il trasferimento di alcuni pazienti degenti in reparti internistico-geriatrici ad un reparto con **esclusiva** funzione di appoggio: la "Medicina P" (*Polmone*)



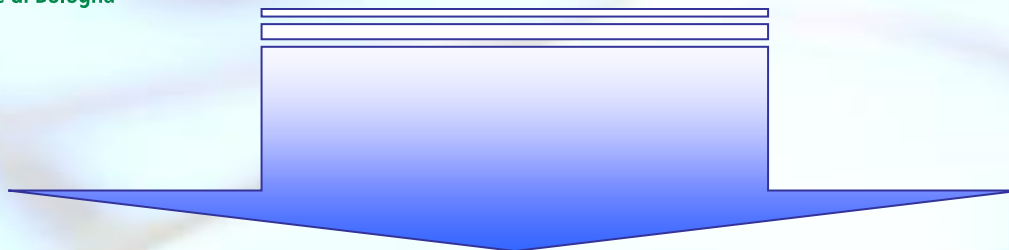
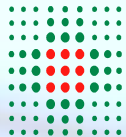
## nuovo modello organizzativo

- definita un'area di degenza medica **con personale dedicato**
- area ad **elevato *turn over***, in cui il paziente segue l'iter clinico-assistenziale e diagnostico in tempi rapidi
- applicato un modello di **stretta integrazione clinico assistenziale** fra i professionisti ( medici, infermieri, OSS) che operano all'interno del servizio per la gestione del paziente



## nuovo modello organizzativo

- prevede il *superamento* del concetto di reparto di appoggio
- ottimizzazione del percorso di *patient flow*
- realizzazione di *ampia integrazione* fra i diversi Dipartimenti cui afferiscono le varie professionalità (Igienico Organizzativo, Emergenza, Medico)

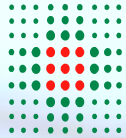


## ***MEDICINA F***

*(fast, flexibility, follow up, filter)*

### **Obiettivi:**

- Garantire n°26 posti letto a settimana a "cruscotto" per i ricoveri da PS e i trasferimenti da Medicina d'Urgenza con una flessibilità variabile durante l'anno da 24 a 30, (vs 9 settimanali del precedente modello)**
- Degenza media 6.2 giorni**



## modello organizzativo

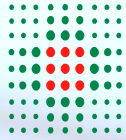
### □ **responsabilità clinico-organizzativa:**

**un medico responsabile** afferente al Dipartimento Emergenza (dott.ssa C. Cesari) che viene coadiuvato, nelle ore diurne, fino a completamento delle attività, da **un altro medico** del DE (dott.ssa M.Cataleta)

Entrambi svolgono attività permanente e continuativa in medicina F ed è prevista la loro sostituzione per assenze da parte di medici di MEU/PS.

La **continuità clinica** è assicurata a rotazione:  
per la guardia del pomeriggio da n° 1 medico afferente al Dipartimento di Emergenza-U.O Med Urgenza/PS  
per la guardia della notte da n° 1 medico afferente al Dipartimento Medico- U.O Medicina A/C.



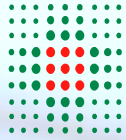


## modello organizzativo

### □ **responsabilità assistenziale:**

un **Coordinatore infermieristico** afferente al Dipartimento Igienico Organizzativo che si avvale di **personale infermieristico di supporto interinale**, per la pianificazione delle presenze nelle 24 ore ( ...infermieri e ...OSS)

L'articolazione della turnistica prevede la presenza di un turno base 1 infermiere e 1 OSS su 1 turno a 5 sviluppato in P - M - N - S - R (pomeriggio, mattina, notte, smonto, riposo) e la presenza di 2+2 infermieri diurnisti con un turno articolato P - M (pomeriggio, mattina riposo ) di 1 infermiere diurnista (M) e di un OSS diurnista presente solo sul mattino (M).

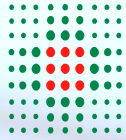


## modello operativo della Medicina F

### **forte integrazione medico-infermieristica**

- ❑ **presa in carico integrata dei pazienti**, nella fascia oraria mattutina dedicata alla visita medica, da parte di medici, infermieri ed OSS ciascuno per la propria competenza, condividendo le necessarie informazioni cliniche ed assistenziali.
- ❑ **eseguite in tempo reale, indagini e "manovre" diagnostico-terapeutiche necessarie,**
- ❑ **attuare in tempo reale le azioni per pianificare l'iter diagnostico** utilizzando percorsi concordati con i servizi per la erogazione delle prestazioni (es laboratorio, radiologia, cardiologia, consulenze ecc...).

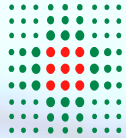




## pazient flow

L'ingresso dei pazienti avviene **esclusivamente** da Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza

L'uscita del paziente avviene prevalentemente attraverso **dimissione** a domicilio o protetta verso strutture di lungodegenza, **o trasferimento** verso reparti specialistici (raro)

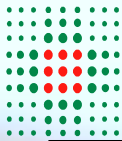


## tipologia pazienti

L'orientamento originario di presa in carico era delle seguenti patologie:

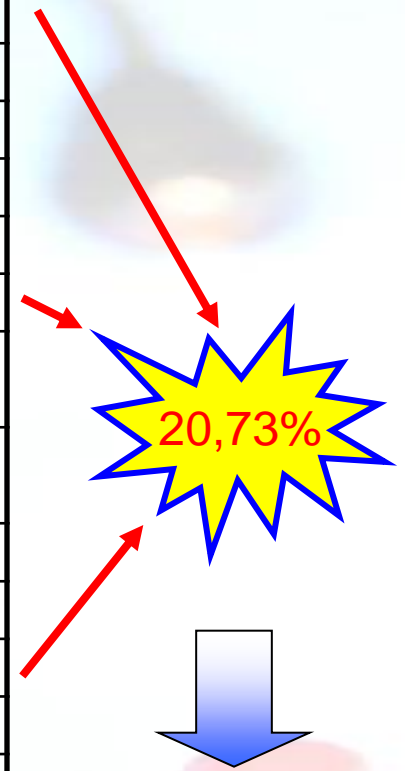
- Insufficienza cardiaca moderata senza segni di shock
- Edema polmonare dopo prima stabilizzazione in MEU
- Embolia polmonare senza compromissione emodinamica

Ma dall'analisi dei DRG nel periodo  
SDO chiuse entro il 30 ottobre (748 SDO su 990 dimessi): .....

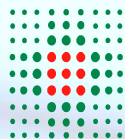


Dimessi Numero	DRG	%
<b>109</b>	<b>127 M Insufficienza cardiaca e shock</b>	<b>14,57%</b>
32	090 M Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	4,28%
27	088 M Malattia polmonare cronica ostruttiva	3,61%
21	089 M Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	2,81%
10	097 M Bronchite a Asma, età >17 senza CC	1,34
<b>25</b>	<b>087 M Edema polmonare e insufficienza respiratoria</b>	<b>3,34%</b>
14	182 M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	1,87%
34	183 M Esofagite, gastroenterite e miscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC	4,55%
16	139 M Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	2,79%
28	321 M Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	3,74%
<b>17</b>	<b>078 M Embolia polmonare</b>	<b>2,27%</b>
18	141 M Sincope e collasso con CC	2,41%
18	142 M Sincope e collasso senza CC	2,41%
14	128 M Tromboflebite delle vene profonde	1,87%
13	065 Alterazioni dell'equilibrio	1,74%
11	395 M Anomalie dei globuli rossi, età>17	1,47%
10	208 M Malattie delle vie biliari senza CC	1,34%
10	316 M Insufficienza renale	1,34%

20



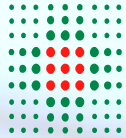
A giugno era il  
24,89%



## dati di attività fase sperimentale

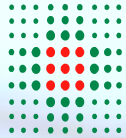
dal 20 febbraio al 30 ottobre 2012

	4 mesi	8 mesi
	dal 20/02 al 30/06	Dal 20/02 al 30/10
<b>Posti letto Medi</b>	30	28,6
<b>N. Ricoveri</b>	545	990
<b>Debito a cruscotto</b>	568	1034
<b>% utilizzo cruscotto</b>	96,0%	95,7%
<b>N. Dimessi</b>	543	996
<b>Rapporto Usciti/entrati</b>	1,0	1,01
<b>giornate di apertura</b>	138	253
<b>Indice di turn over</b>	1,7	1,41
<b>Tasso di occupazione</b>	78,90%	81,41%
<b>Degenza media</b>	6,0	6,20



## Punti di forza

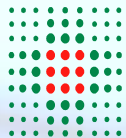
- Risoluzione del problema del sovraffollamento dei reparti di medicina
- Abbandono del modello di "appoggio dei pazienti"
- Continuità clinica nella gestione del paziente
- Sperimentazione di un nuovo modello con forte integrazione clinico-assistenziale
- Integrazione e coinvolgimento di più Dipartimenti e Servizi
- Utilizzo corretto del debito a cruscotto
- Rispetto obiettivo di breve degenza media



## Punti di debolezza

- ❑ allocazione attuale ancora non ottimale (confort alberghiero per il paziente ancora insufficiente)
- ❑ personale infermieristico ed di supporto molto motivato ma di nuovo inserimento con poco esperienza lavorativa e non dipendente dall'azienda.
- ❑ personale medico dedicato insufficiente in rapporto alla complessità della casistica
- ❑ difficoltà di selezione della casistica in ingresso che è risultata sostanzialmente casuale.





SERVIZIO SANITARIO REGIONALE  
EMILIA-ROMAGNA  
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna



**grazie**