

# Workshop Intensità di cura: le esperienze della Regione Emilia-Romagna

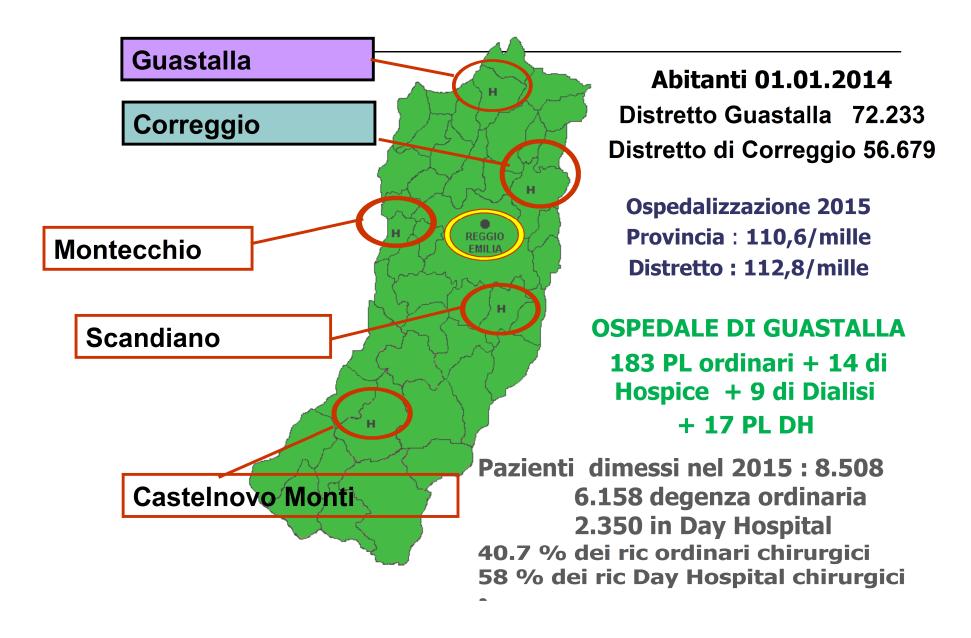
L'organizzazione per intensità di cure e complessità assistenziale in un ospedale di medie dimensioni: esperienza del dipartimento chirurgico dell'ospedale di Guastalla

Dott.ssa Roberta Riccò Dr. Alessandro Ventura

Responsabile Infermieristico e Tecnico Direttore Dipartimento chirurgico Ospedaliero Ospedale Civile di Guastalla

AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA Bologna 6 maggio 2016

### Azienda USL di Reggio Emilia



## Percorso di riqualificazione del Presidio Ospedaliero di Guastalla



RIALLOCARE 99 PL

### Obiettivo generale

CENTRALITA'
DELL'ASSISTITO
E DEI SUOI
BISOGNI

APPROPRIATEZZA CLINICO ASSISTENZIALE

INTEGRAZIONE PROFESSIONALE



ORGANIZZAZIONE SECONDO I PRINCIPI LL'INTENSITA' DI CURA E DELLA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

## **Obiettivi specifici**

EFFICACIA E APPROPRIATEZZA DEI PERCORSI DI CURA

EFFICIENZA DELLA GESTIONE OPERATIVA E RIMODULAZIONE DEI SETTING ASSISTENZIALI

SVILUPPO DI COMPETENZE PROFESSIONALI CON LA PROSPETTIVA DI NUOVI RUOLI E RESPONSABILITA

#### La pianificazione generale del progetto

					Aı	nno	201	13									Ar	nno	201	4						Anr	10 <b>2</b> 0	15
Fasi	G	F	М	Α	М	G	L	A	S	0	N	D	G	F	М	Α	М	G	L	Α	S	0	N	D	6	i F	М	Α
ANALISI																							Г	Τ	T		$\top$	Τ
Condivisione OBTV																								П				
Raccolta e analisi dei dati																								П				
Scelta processi																								П				
Monitoraggio GdL																												
PROGETTAZIONE		$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$			$\vdash$														$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$^{+}$	$^{+}$	+	+	+
Individuazione criticita'																								П				
Formazione operatori																								П				
Riprogettazione processi																								П				
Ridefinizione ruoli organizzativi								L																				
CAMBIAMENTO		Т				$\vdash$	$\vdash$																Т	T	t	$^{\dagger}$	$\top$	$\top$
Definizione piano di modifica																								П				
Condivisione tra GdL																								П				
Presentazione PRG alla DG																								П				
Informazione operatori ed altri																												
MONITORAGGIO							$\vdash$																		t			
Avvio riorganizzazione																												
Integrazione con S. Informativo																												
Misurazione indicatori																												
																									I			

### 2013 Dipartimento chirurgico

ANESTESIA E RIANIMAZIONE

**CHIRUGIA** 

ORTOPEDIA

OSTETRICIA E GINECOLOGIA

UROLOGIA

COMPARTO OPERATORIO



#### Riorganizzazione dell'ospedale di Guastalla per intensità di cura

#### Revisione organizzativa Gruppo Operatorio e Area Degenze

EmmEffe S.r.l. Management & Formazione Via Fauchè 35 • 20154 Milano • Tel. 02-349.348.31 • Fax 02-349.348.19 • E-mail:info@mfsrl.it • www.mfsrl.it

#### **OBIETTIVI:**

- -Valutare modalità di programmazione e funzionamento del gruppo operatorio che consentano di assorbire i volumi generati dal nuovo assetto delle aree di degenza, ridimensionate in termini di posti letto
- Individuare le aree di miglioramento finalizzate ad ottimizzare i processi dell'area chirurgica

#### ANALISI DEL CONTESTO

#### **AREE DI DEGENZA**

UU.OO. e posti letto Volumi attività

n. ricoveri totali, ordinari, DH/DS, il numero dei dimessi ordinari, la percentuale di DRH chirurgici/medici, la degenza media, dimessi da ricovero programmavo vs dimessi da ricovero urgente, i DRG prevalenti, tasso di occupazione PL, n. medio di accessi in DH,

> DRG prevalenti Accessi da PS

#### **GRUPPO OPERATORIO**

Distribuzione spazi Programmazione giornaliera e settimanale Organizzazione personale infermieristico e OSS

Modalità programmatorie e programmazione Modalità gestione delle urgenze Volumi attività mensile e tipologia

## 2012 Dati di attività

2012	Chirurgia	Ortopedia	Urologia
n. Dimessi ordinari	1129	697	679
% DRG medici	25,9 %	14 %	20,7%
Degenza Media	4,5 gg	5,2 gg	7,07 gg
Degenza media pre-operatoria	1,28 gg	1,16 gg	1,12 gg
Tasso occupazione PL	71,4 %	67,6 %	84,05 %
N. Medio accessi in DH	1,16	1,06	2,68

### 2012 area degenze Dati su cui riflettere

Numero elevato di DRG medici per le UO di Chirurgia ed Urologia

23 % dei ricoveri totali è in regime di day hospital/day surgery 55 % dei ricoveri totali ha una degenza inferiore a 5 gg e, anche analizzando il DRG, sono riconducibili a WEEK - SURGERY

22 % dei ricoveri totali ha degenza superiore a 5 gg

38% dei dimessi da ricovero urgente, di cui un 50% con DRG medico (patologia di confine vs OBI)

## 2012 gruppo operatorio Dati su cui riflettere

Più del 50% degli interventi sono ordinari/programmati

Pochi interventi ambulatoriali

% sedute con fine anticipata

% sedute con sforamenti, dovuti principalmente ad urgenze Mediamente le tre UU.OO. compensano gli sforamenti medi con fine interventi anticipate

Tasso di utilizzo medio delle sale operatorie: 98% rispetto alla durata prevista

## Spunti di miglioramento

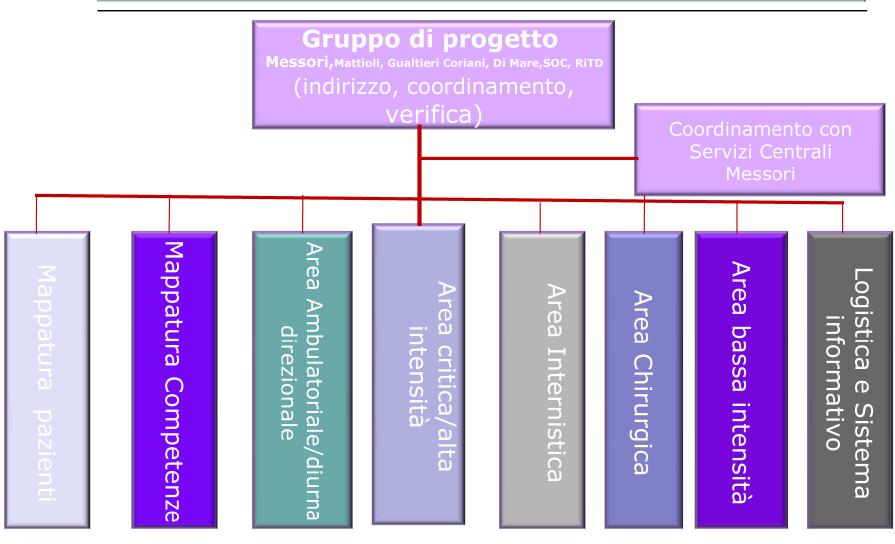
Programmazione dei letti, con un sistema di monitoraggio della degenza e degli eventuali sforamenti nel fine settimana nell'area dedicata alla WS

Rinforzo dell'area di recovery-room

Rivedere la programmazione settimanale delle sale operatorie e le regole che le governano

Attivare un cruscotto di indicatori

## Struttura del progetto di Riorganizzazione



### Mappatura dei pazienti



Realizzare uno studio finalizzato alla conoscenza del livello di complessità assistenziale ed instabilità clinica dei pazienti ricoverati

Acquisire elementi utili a organizzare in modo appropriato il setting assistenziale, l'allocazione dei pazienti, la composizione del team di cura e assistenza e la gestione delle risorse umane

Analisi su tre settimane non consecutive di tutti i pazienti ricoverati con elaborazione del servizio di epidemiologia (516 rilevazioni)

## Mappatura dei pazienti

## STRUMENTI "DI MISURA"

## MEWS Modified Early Warning S

ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO E URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE
NPT o NET	1	Incontinenza urinaria e dell'alvo permanente	1	Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente	1	Allettato
Deve essere imboccato	2	Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale	2	Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente	2	Mobilizzazione su poltrona
Necessita di aiuto per alimentarsi	3	Catetere vescicale a permanenza	3	Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi	3	Cammina con l'aiuto di una o più persone
Autonomo	4	Autonomo	4	Autosufficiente	4	Autonomo
PROCEDUR	E DI	AGNOSTICHE	I	PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE
Monitoraggio d	ei pa	rametri vitali continuo	1	Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h	1	Stato soporoso / Coma
Monitoraggio dei parame	tri vi	itali ripetuto per periodi inferiori a 1 h	2	CVC o periferico per infusione non continua	2	Disorientamento temporospaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte
Monitoraggio dei par		tri vitali ripetuto per periodi seriori a 1 h	3	Terapia per os, i.m., e.v. (comprese le fleboclisi)	3	Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi
Esami diagnostici	di ro	utine ed altri accertamenti	4	Terapia solo per os o nessuna terapia	4	Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte

Categoria	3	2	1	0	1	2	3	Score
PA max Ore	≤ 70	71 - 80	81 - 100	100 - 199		>200		
FC, bm		≤ 40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>130	
FR, apm		≤ 9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	>30	
TC, ° C		≤35		35 - 38,4		>38,5		
coscienza				Sveglio	Vigile	reagisce al Dolore	Non reagisce agli stimoli	
							Totale	
		gio da Q a gio da 3 a gio > 5	4 p	aziente Sta aziente Ins aziente Cri	tabile (1)			

## IDA Indice di Dipendenza Assistenziale

## Mappatura dei pazienti

			Com	plessità assisten	ziale
			0	1	2
			IDA 20 -28	IDA 12 -19	IDA 7 - <b>11</b>
Insta	0	MEW S 0 -2	265	174	33
Instabilità clinica	1	MEW S 0 -2	9	15	8
inica	2	MEW S 0 -2		2	9
			51,4 %	38, 4 %	10,3 %

#### **Setting assistenziali**

- Pazienti ad alta intensità e complessità assitenziale che trovano

nelle **terapia intensive** il setting adeguato Nuova Area Critica ubicata al Piano Terra dove trovano collocazione il Pronto Soccorso, la Terapia Intensiva (con 6 p.l.), l'UTIC / Cardiologia (con 4 + 10 p.l. complessivi); in tale Area è stata collocata l'Osservazione Breve Intensiva (OBI) comune, internistica e cardiologica (con 4 p.l.).

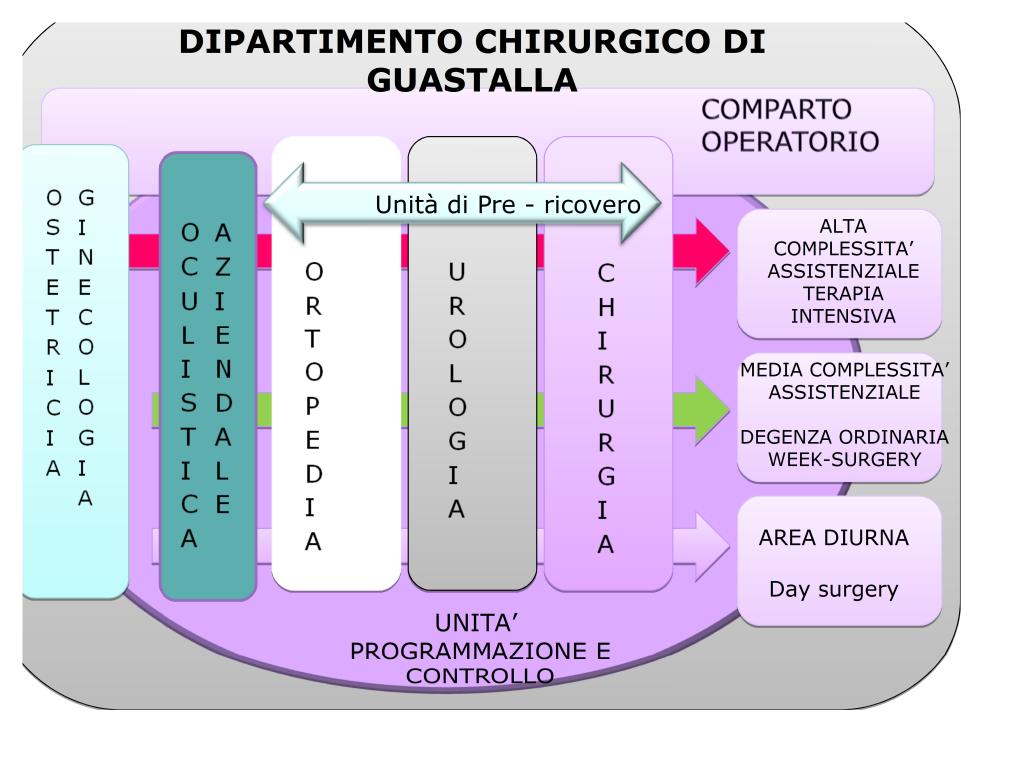
- Pazienti con media intensità di cura e
  complessità assistenziale
   che vede nelle degenze ordinarie il setting
  appropriato
- Pazienti a media intensità e bassa complessità
  assistenziale che
  vede nella Day surgery e Day Hospital e
  Lungodegenza il setting appropriato

### **LAYOUT SPAZI AREA CHIRURGICA** EX CARDIOLOGIA 2 PIANO WHEK SURGERY (10 PL) ALA NORD CHIRURGIA (21 PL) 1 PIANO SEGRETERIA COMPARTO **OPERATORIO**

GINECOLOGIA (8 PL)

### **Gruppo AREA CHIRUGICA**

- Valutazioni e proposte rispetto al layout
- Revisione dei percorsi e flussi dei pazienti(dalla fase pre ricovero a quella post ricovero)
- Differenziazione in base alla durata di degenza (day surgery, week surgery, chirurgia a ciclo continuo) e/o per intensità/complessità
- Riorganizzazione e programmazione coerente, del processo produttivo" comparto operatorio"
- Ri organizzazione del lavoro
- Definizione di nuovi ruoli e responsabilità



#### UNITA' DI PRERICOVERO

Garantisce un'omogenea ed efficiente presa in carico del paziente, alla luce delle problematiche cliniche specifiche e della complessità assistenziale prevedibile, con la finalità del trattamento chirurgico.

#### Si occupa di:

- Percorso di prenotazione intervento
- Esecuzione indagini pre-operatorie e valutazioni chirurgiche, anestesiologiche ed infermieristiche
- Programmazione agende chirurgiche
- Monitoraggio liste d'attesa

#### **BOARD AREA CHIRUGICA**

Gestisce il governo, la programmazione e la valutazione dell'attività del comparto operatorio;

E' costituito dalla direzione medica di Ospedale, dal Direttore e RITD del Dipartimento chirurgico, Direttori UU.OO., CIT area degenze e DH/DS, Responsabile medico e coordinatore del comparto operatorio, Bed-manager

Si incontra settimanalmente per la programmazione delle attività

#### UNITA' DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

Ha lo scopo di verificare la fattibilità del programma giornaliero e settimanale, lo conferma e/o propone gli eventuali adeguamenti al fine di coordinare le risorse medicheed infermieristiche del comparto operatorio

Assegna le priorità in casi d'urgenze secondo criteri clinici ed organizzativi condivisi

#### **BED MANAGER**

E' un coordinatore infermieristico e tecnico con competenze cliniche e logistiche nella supervisione dei posti letto.

Tra i suoi compiti c'è la gestione clinica del percorso pazienti in ospedale con il supporto del personale medico e infermieristico al fine di raggiungere il setting assistenziale adatto.

### PUNTO UNICO DI ACCOGLIENZA CHIRURGICA

- -Gestisce con appropriatezza la presa in carico dei pazienti
- -Gestione dei posti letto in collaborazione con bed-manager
  - e Unità di pre-ricovero
- Gestisce la reparazione pre-operatoria del paziente
- Coordina il flusso da/verso la sala operatoria

#### 2015 RISULTATI

- % interventi in elezione che non hanno effetuato il percorso pre-ospedalizzazione = 0
- % pz che completano il percorso pre-operatorio e scelgono di non effettuare l'intervento = < 5 %</li>
- Numero pazienti che ripete esami perché scaduti < 10/anno
- Abbattimento liste d'attesa per interventi chirurgici in regime di day surgery e classe di priorità C
- Introduzione di sistema Easy-salo per monitoraggio percorso in comparto operatorio con cruscotto di indicatori
- A fronte di + 2 PL di post-operatorio in rianimazione, pazienti provenienti da Area chirurgica >50%

Posti letto ordinari medi 2014 2015 22,3 19,7	N°din ordi 2014 1049	2015 966	Occup	ce di eazione dinari 2015 56,6	1	M naria ( 2015 3,6	me dege pre-	rata dia enza oper 2015	dimes (%	nessi RG C/n° ssi ord (6) 2015 84,4%
							2014	2015	2014	2015
22,3 19,7	1049	966	61,8	56,6	4,3	3,6	0,99	0,74	80,5%	84,4%
										1
11,1 12	790	728	83,4	74,3	4,4	4,5	1,14	0,65	81,9%	82,1%
16,3 12	773	765	74,8%	98,5%	5,3	5	0,89	0,77	89,3%	91,8%
_										

U.O.	ALTRI INDICATORI DEGENZA										
	Indice D	S		Indice DS per int. Colecistectomia laparosc.							
	2014	2015	Budget	2014	2015	Budget					
CHIR	89,4%	91,9%	>85% <u>↑</u>	77,1%	76,3%	>70%					
URO	100%	100%	>95% <u>↑</u>								
ORTO	97,4%	100%	>95% ↑								
			~ 0.E0/								

#### CRITICITA'

- Gestione posti letto il giovedi
- Urgenze ortopedia che condiziona le altre UU.OO.
- Allungamento tempi di attesa per interventi con priorità B
- Modello assistenziale infermieristico
- Adeguamento 161/2014 con sospensione di alcune sedute operatorie e la riorganizzazione degli orari

### 2016 – progetti di miglioramento Dipartimento chirurgico

#### **Proposte 2016**

#### Area chirurgica:

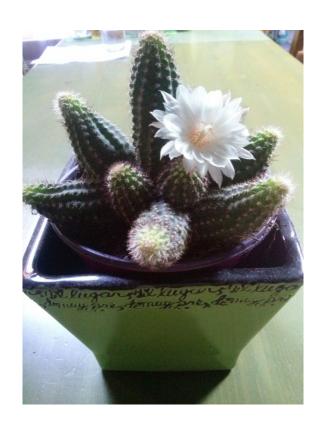
Analisi e revisione organizzativa C. Operatorio e recovery -room Implementazione del Primary Nursing Riorganizzazione Area di degenza diurna

#### NUOVA CRITICA - 2017 -

Gruppo di lavoro per valutare i bisogni complessivi dell'ospedale e le modalità di risposta. Definizione dei percorsi clinico assistenziali e dell'organizzazione dell'area intensiva, semi-intensiva e OBI.

#### Cruscotto dati di attività

Revisione dei dati e di governo clinico del comparto operatorio Implementazione di easy salo sull'agenda di programmazione settimanale (appropriatezza e sicurezza)



Quando sei assetata non sperare che piova.

Ragiona e cerca una soluzione.

Chiediti: dove posso procurarmi dell'acqua potabile?

E' inutile sperare di trovare una bottiglia in un deserto. Le speranze lasciale ai disperati.

Esistono le domande ed esistono le risposte.

Gli esseri umani sono capaci di trasformare un problema in una soluzione.

"Anna" di N. Ammaniti