



Servizio Sanitario Regionale
Regione Friuli – Venezia Giulia



HPH



Ospedali Riuniti di Trieste

Azienda Ospedaliero – Universitaria
di rilievo nazionale e di alta specializzazione

L'ACCOGLIMENTO CONDIVISO: UNA MODALITÀ ORIGINALE DI PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE INTERNISTICO URGENTE PER INTENSITÀ DI CURE

Dott.ssa Daniela De Matteis

Giornata Regionale della Sicurezza
e Qualità delle cure 2014

Udine 9 Ottobre 2014

Accoglimento Condiviso

18 marzo 2013:

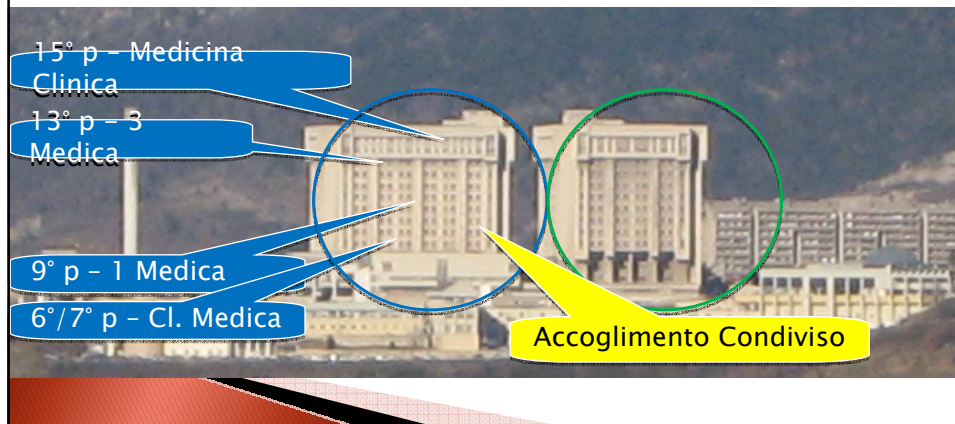
nascita dell' **AC**oglimento **CO**ndiviso

nella Torre Medica di Cattinara

Ospedale Cattinara – Trieste

Torre Medica

Torre Chirurgica



DIPARTIMENTO AD ATTIVITA' INTEGRATA MEDICINA INTERNA
DIRETTORE: prof. Claudio Tiribelli
Responsabile Infermieristico: Daniela De Matteis

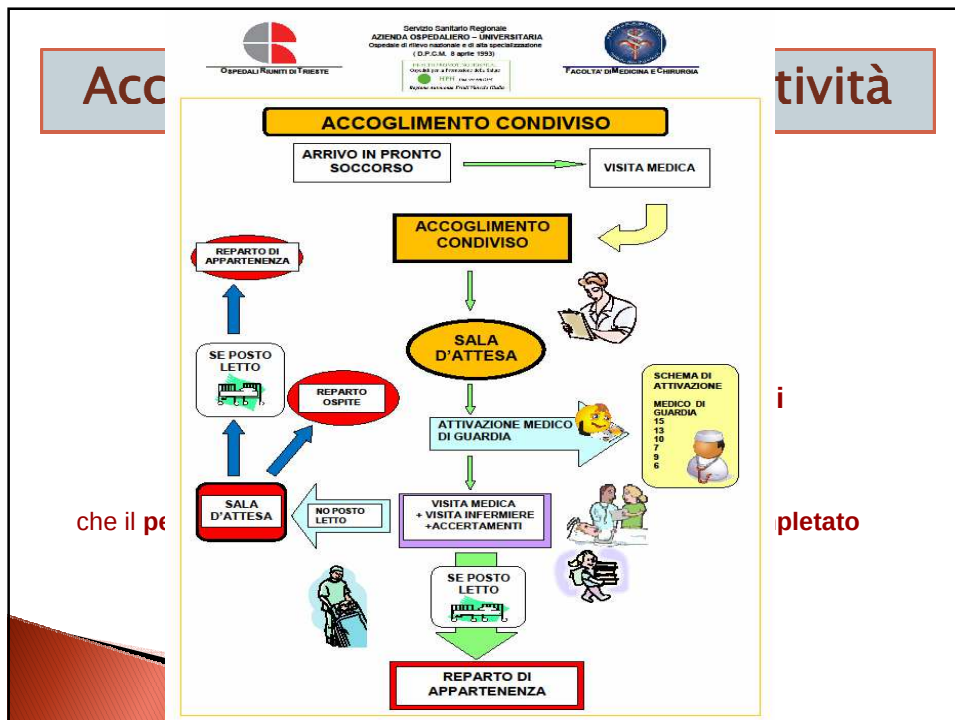
ACCOGLIMENTO CONDIVISO

TELEFONO: 040 399 4654
FAX 040 399 4425

STAFF MEDICO :	STAFF INFERMIERISTICO GESTIONALE:	STAFF INFERMIERISTICO CLINICO:	OSS	STUDENTI
MEDICI AFFERENTI S.C. DAI MEDICINA INTERNA	AURELIA RONCELLI GUIDO GAGGI SANDRA CAROZZI	INFERMIERI AFFERENTI S.C. DAI MEDICINA INTERNA	OSS AFFERENTI S.C. DAI MEDICINA INTERNA	STUDENTI AFFERENTI DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE CHIRURGICHE E DELLA SALUTE

Accoglimento Condiviso – Obiettivi

- ❑ **Lavorare insieme** per le stesse finalità (tutti)
- ❑ Garantire **dignità** al paziente- parenti
- ❑ Rispettare **privacy**
- ❑ Soddisfare in tempo reale i **bisogni essenziali**, i bisogni di sicurezza e informazione/educazione
- ❑ **Uniformare** le procedure di lavoro
- ❑ **Introdurre** nuove scale di valutazione
- ❑ **Formare**



Sperimentazione Tirocinio

Studenti
del C.d.L. Medicina Chirurgia
affiancati all' infermiere
imparano ad osservare e a prendere contatto
con la persona ricoverata

Collaborano con gli studenti di altri C.d.L.

~ 600 studenti
1528 turni

		POSTI LIBERI		DIMESSI	
		118	MP		
CLINICA NEUROLOGICA 4568 4569	D				
	U				
CHIRURGIA GENERALE 11° 4530	D				
	U				
PNEUMOLOGIA 4675	D				
	U				
CHIRURGIA GENERALE 14° 4522 4232	D				
	U				
NEFROLOGIA 4660 4515	D				
	U				
CHIRURGIA TORACICA 4591 4298	D				
	U				
NEURO CHIRURGIA 4414	D				
	U				
1 CHIRURGIA 4818 4816	D				
	U				
ORTOPEDIA 6470	D				
	U				
CHIRURGIA VASCOLARE 4891	D				
	U				
CLINICA ORTOPEDICA 6470	D				
	U				
CLINICA OTORINO 4736 4513	D				
	U				
CLINICA UROLOGICA 4293	D				
	U				

Tabella rilevazione posti letto

Rilevazione dei posti letto

LIBERI / LIBERABILI

Distribuzione equilibrata nel DAI con valutazione

PL LIBERO / FUORI REPARTO

		POSTI LIBERI	DIMESSI	FUORI REP	RISSORB. PROGR.	MED. URG		ACCOGLIMENTO	ACCOGLIMENTO	ACCOGLIMENTO	ACCOGLIMENTO	ACCOGLIMENTO
15° MED CLIN 4405-4512	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					
13° TERZA MED 4587	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					
10° PRIMA MED 4507-4741	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					
7° CLINICA MED 4314-4504	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					
9° PRIMA MED 4555-4745	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					
6° CLINICA MED 4313-4503	D		118	MP			D					
							OSP					
	U		118	MP			U					
							OSP					

Nuovi Strumenti Valutazione

Triage di Corridoio: TRI-co

Scala di Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

Screening Nutizionale

COGNOME		NOME		DATA DI NASCITA	
		N° CARTELLA CLINICA		STRUTTURA COMPLESSA	

PRIMA PARTE	
BMI < 20	☐ no ☐ si
Perdita di peso >10% nei 3 mesi precedenti	☐ no ☐ si
Riduzione dell'introito alimentare nell'ultima settimana	☐ no ☐ si
Severità della malattia	☐ no ☐ si

Se a una qualunque domanda viene risposto "sì" compilare la seconda parte dello screening nutrizionale. Nel caso di tutte risposte "no" ripetere la prima parte con frequenza settimanale

SECONDA PARTE			
Stato nutrizionale alterato		Gravità della patologia	
Score 0	Assente	Score 0	Assente
Score 1	Lieve	Score 1	Lieve
Score 2	Moderato	Score 2	Moderato
Score 3	Grave	Score 3	Grave

Score	Score	Score totale

Score totale corretto per età (se età > 70 anni aggiungere 1 allo score totale)

Score < 3: il paziente è a rischio nutrizionale e si deve predisporre un programma nutrizionale. INVIARE UNA RICHIESTA DI CONSULENZA NUTRIZIONALE

Score > 3: valutazione settimanale del paziente. Se il paziente ad esempio ha in programma un intervento di chirurgia maggiore, deve essere stesso un programma nutrizionale per evitare i rischi legati allo stato nutrizionale

SCREENING NUTRIZIONALE

REDAITO DA: FIRMA

DATA

Scala di Brass (Blaylock Risk Assessment Screening Score)

Identifica i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile

strumento di valutazione adottato già al momento dell'ammissione in reparto

TRIAGE DI CORRIDOIO Tri-Co

2 scale di valutazione (clinica e assistenziale):

□ **MEWS** (Modified Early Warning Score) Determina l'instabilità clinica del paziente (rilevazione di P/A, Fc, Fr, Tc, AVPU)

□ **IDA** (Indice di Dipendenza Assistenziale)

Determina l'impegno assistenziale

(bisogni prioritari, procedure diagnostico-terapeutiche)

□ (Italian Journal of Medicine 2007)

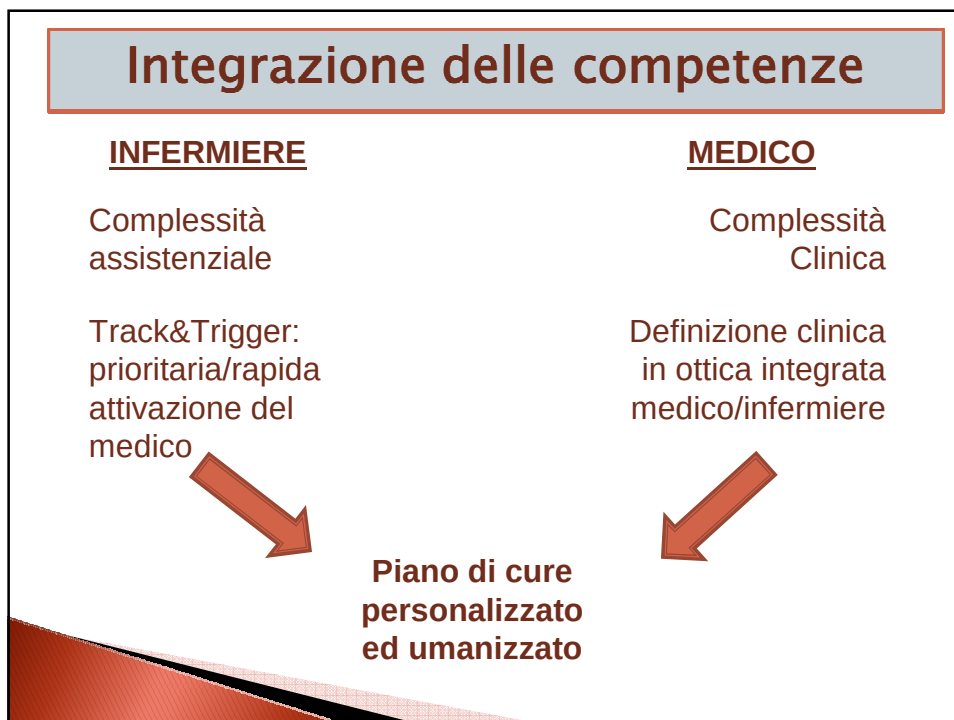
Perché il Tri-Co

- ❑ Semplicità di utilizzo
- ❑ Tempo impiegato per la compilazione
- ❑ Non necessita di supporto informatico
- ❑ Applicabilità nel contesto
- ❑ Strumento validato¹

¹ (Italian Journal of Medicine 2007)

NOME _____		COGNOME _____		DATA DI NASCITA _____		N° RICOVERO _____	
LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE - IDA							
ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE		ELIMINAZIONE (ALVO URINE)		IGIENE E COMFORT		MOBILIZZAZIONE	
NPT / NET	1	INCONTINENZA URINARIA E DELL'ALVO PERMANENTE	1	INTERA IGIENE CORPOREA A LETTO SENZA L'AUTO DEL PAZIENTE	1	ALLETTATO	1
DEVE ESSERE IMBOCCATO	2	INCONTINENZA URINARIA E/O E DELL'ALVO OCCASIONALE	2	INTERA IGIENE CORPOREA A LETTO CON L'AUTO DEL PAZIENTE	2	MOBILIZZAZIONE SU POLTRONA	2
NECESSITA DI AIUTO PER ALIMENTARSI	3	CATETERE VESICALE A PERMANENZA	3	IGIENE INTIMA A LETTO, INDIPENDENTE NELL'USO DEI SERVIZI	3	CAMMINA CON L'AUTO DI UNA O PIU' PERSONE	3
AUTONOMO	4	AUTONOMO	4	AUTOSUFFICIENTE	4	AUTONOMO	4
PROCEDURE DIAGNOSTICHE				PROCEDURE TERAPEUTICHE		PERCEZIONE SENSORIALE	
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI CONTINUO				1	CATETERE VENOSO CENTRALE PER INFUSIONE CONTINUA NELLE 24 h	1	STATO SOPOROSO /COMA
MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI 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 PARAMETRI VITALI RIPETUTO PER PERIODI SUPERIORI A 1 h				3	TERAPIA PER OS, LM, E.V. (compresa le fleboclisi)	3	DISORIENTAMENTO TEMPOROSPAZIALE OCCASIONALE, DORME DI NOTTE CON O SENZA SEDATIVI
ESAMI DIAGNOSTICI DI ROUTINE ED ALTRI ACCERTAMENTI				4	TERAPIA SOLO PER OS O NESSUNA TERAPIA	4	PAZIENTE VIGILE E ORIENTATO, NON NECESSITA DI ALCUN SEDATIVO LA NOTTE
TOTALE PUNTEGGIO IDA: _____				Complessità assistenziale: _____			
Punteggio da 7 a 11: ALTA dipendenza assistenziale Punteggio da 12 a 19: MEDIA dipendenza assistenziale Punteggio da 20 a 28: BASSA dipendenza assistenziale							

NOME _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____ N° RICOVERO _____									
LIVELLO DI INSTABILITA' / SEVERITA' CLINICA - MEWS									
CATEGORIA	3	2	1	0	1	2	3	score	PARAMETRI
PA MAX	<70	71 - 80	81 - 100	100 - 199		>200			PA ____/____
FC bpm		<40	41 - 50	51 - 100	101 - 110	111 - 129	>130		FC ____
FR apm		<9		9 - 14	15 - 20	21 - 29	> 30		FR ____
TC C°		< 35		35 - 38.4		> 38.5			T.C. ____
AVPU				Sveglio	Vigile	Reagisce al dolore	Non reagisce agli stimoli		SpO2 ____
TOTALE PUNTEGGIO MEWS: _____ PAZIENTE _____									
Punteggio da 0 a 2: paziente STABILE Punteggio da 3 a 4: paziente INSTABILE Punteggio > 5: paziente CRITICO									



Intensità di Cure

	IDA 20-28 0	IDA 12-19 1	IDA 7-11 2
MEWS 0-2 0	Bassa	Media	Alta
MEWS 3-4 1	Media	Media	Alta
MEWS >5 2	Alta	Alta	Alta

26 Giugno 2014:

nascita

Degenza a **Bassa Intensità di Cure**

B. I. C.

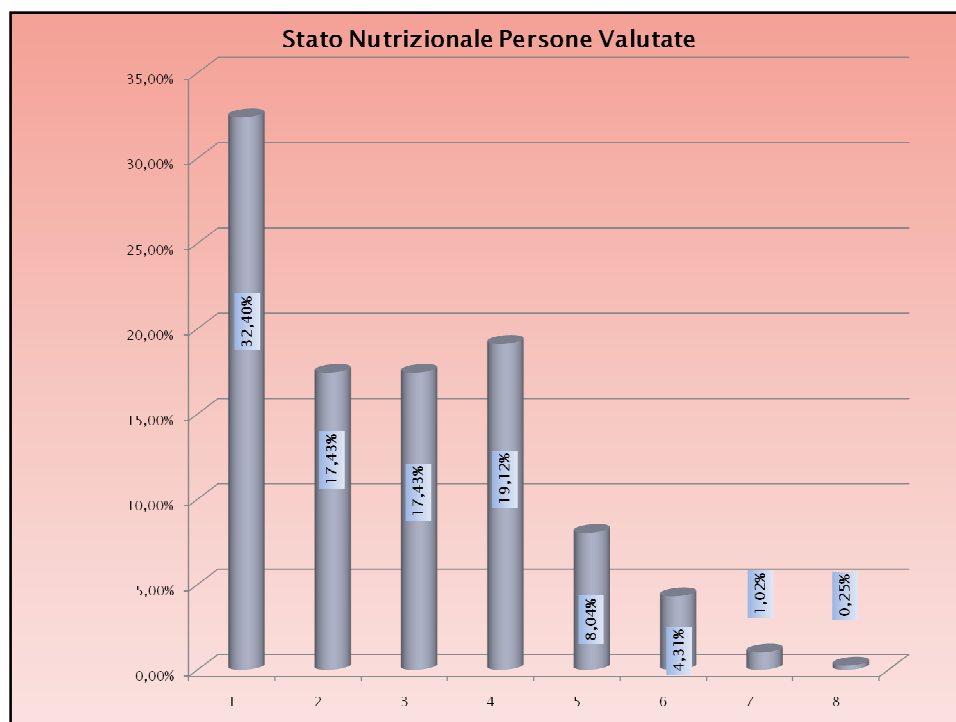
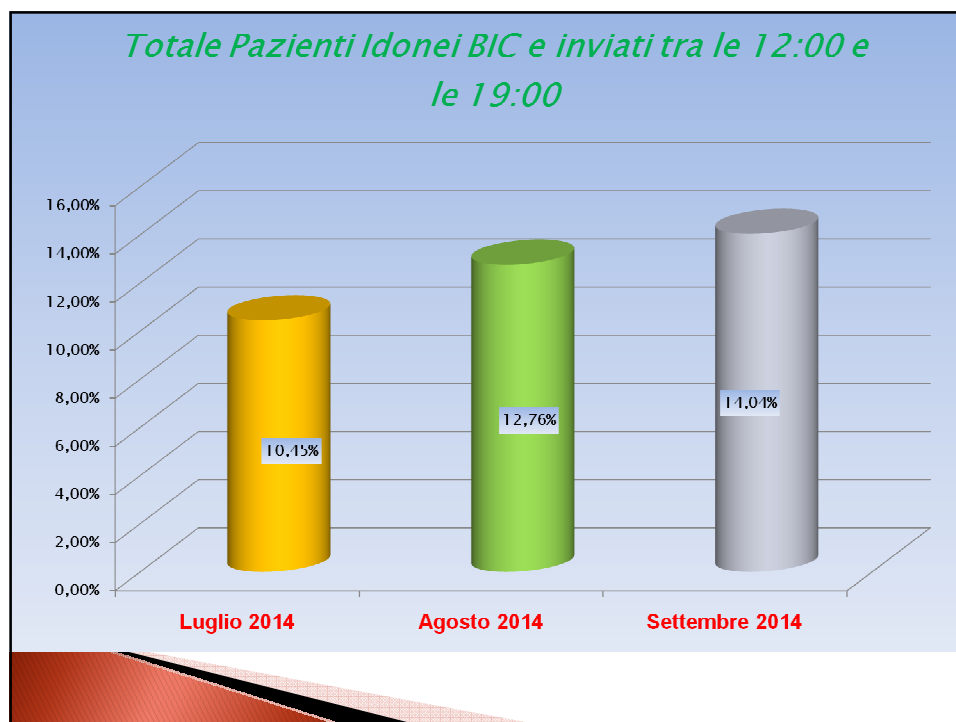
Ospedale Maggiore – Trieste



Degenza a Bassa Intensità di Cure

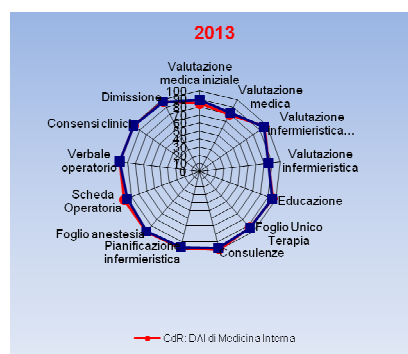
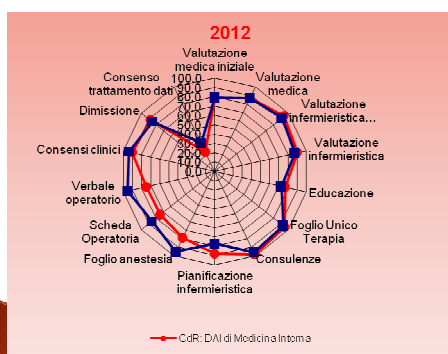
Sono candidati al B.I.C. pazienti visitati presso l'Accoglimento Condiviso che presentano:

- MEWS (severità clinica) < 5
- IDA (complessità assistenziale) > 11
- Quadro nosologico clinico rispondente al protocollo condiviso



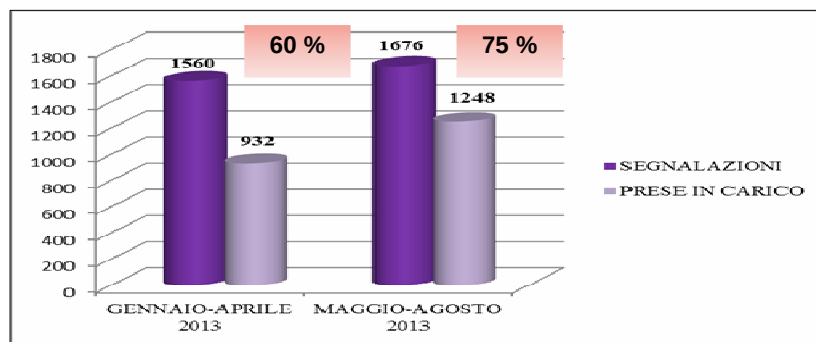
Risultati:

Miglioramento completezza della Documentazione Clinica

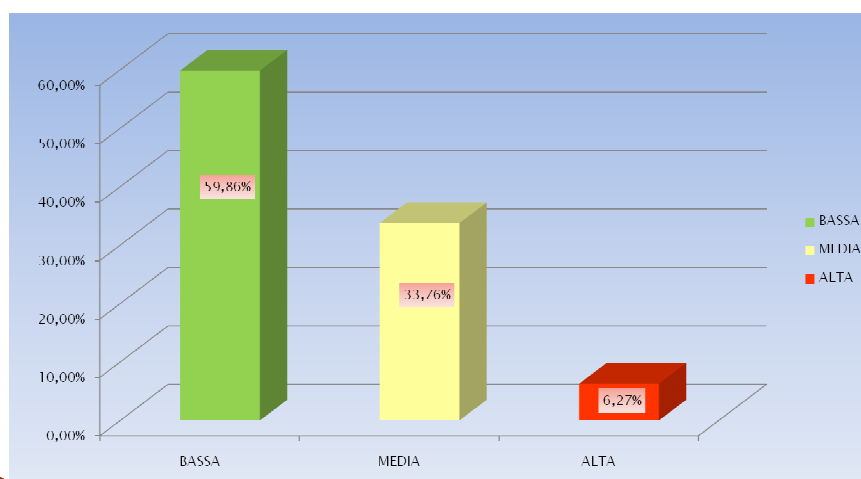


Risultati:

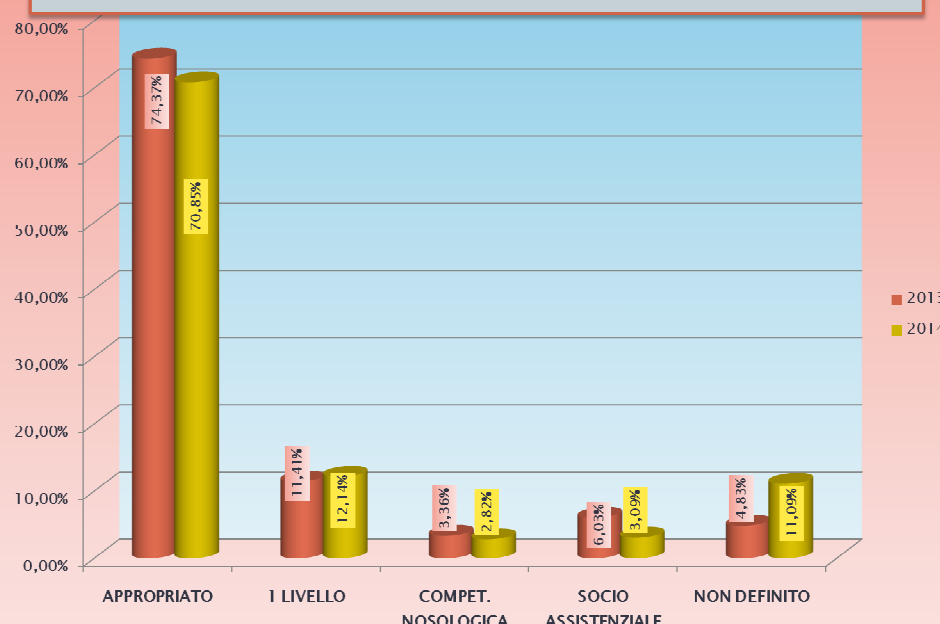
Miglioramento Appropriatezza delle segnalazioni ad ASS1



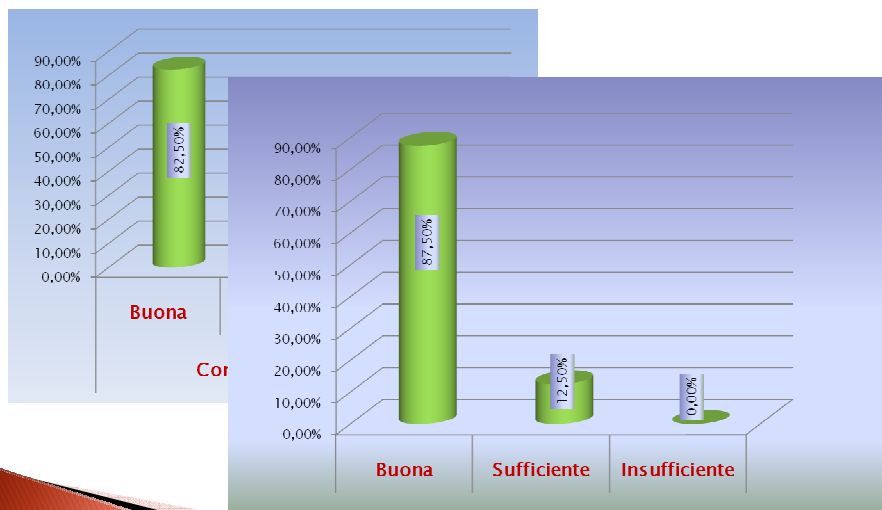
Intensità di Cure



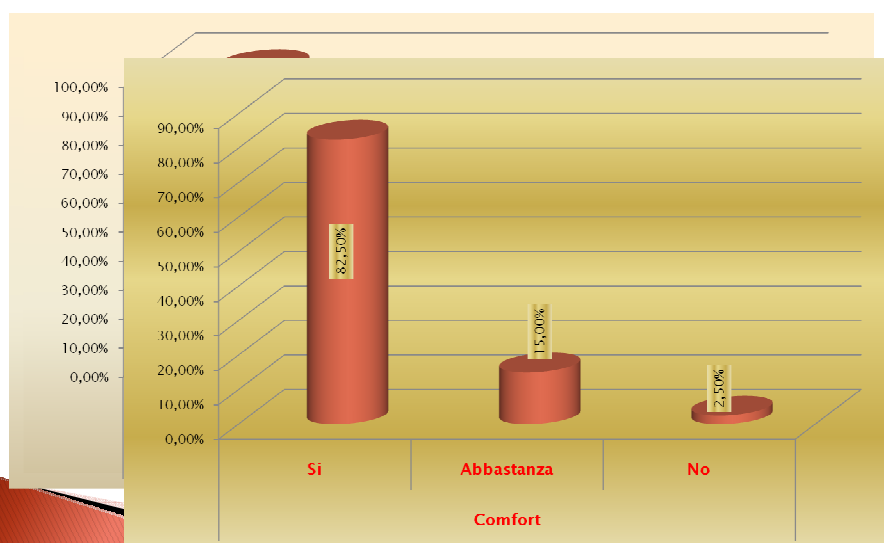
Appropriatezza ricoveri (apr-ago 2013 vs 2014)



Intervista all'utenza



Intervista all'utenza



Ringraziamenti

Prof Renzo Carretta, Prof Claudio Tiribelli,

Guido Gaggi, Aurelia Roncelli,
Sandra Carozzi, Elisa Gligora

Tutto il personale Infermieristico, Oss, Medico
del Dipartimento di Medicina Interna.

