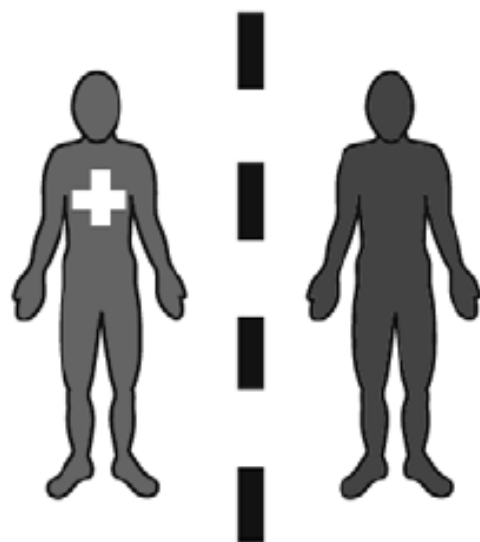




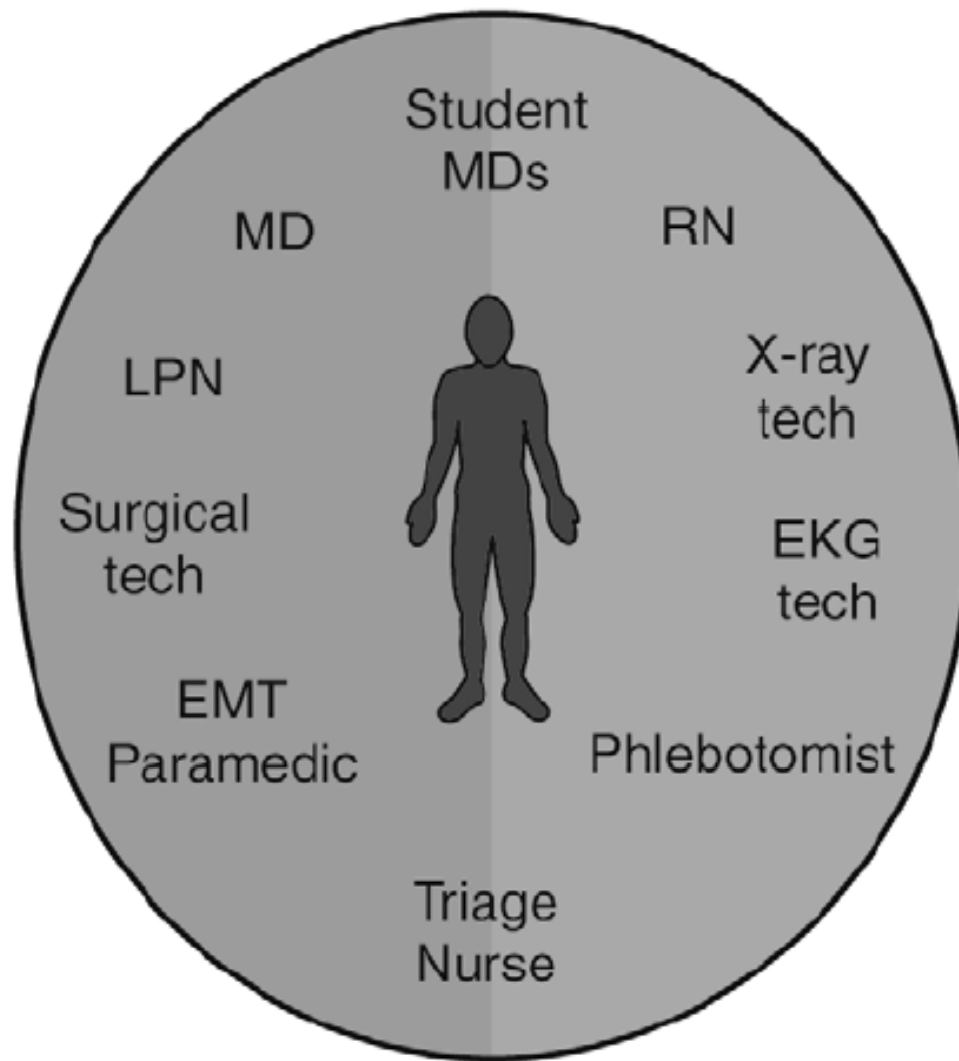
La Medicina d'urgenza tra mente e corpo
Milano 7-9 giugno 2012

DECISIONI E MULTIDISCIPLINARIETA'

Daniele Coen – Ospedale Niguarda Ca' Granda - Milano



A



B



Interdisciplinarietà centrata sul problema clinico: il trauma team

- Linee guida di riferimento
- Team leader
- Debriefing, audit, registro dei casi



Interdisciplinarietà centrata sul contesto

- Donna rumena, 27 anni, sola, non parla italiano, gravida alla 30a settimana. Portata dalla polizia perché trovata distesa a terra per la strada.
E' sporca, non collaborante, a tratti aggressiva. Ha bevuto, vomita. Ha dolore addominale. Agli esami quadro clinico compatibile con pancreatite acuta.



Domande

- Quali discipline?
- Quali priorità?
- Quale reparto per il ricovero?
- ...



Le diverse discipline

- Infermiere
- Medico d'urgenza
- Ostetrico
- Chirurgo (?)
- Assistente sociale
- ...

Le priorità

1. Comunicazione / supporto
2. Igiene
3. Terapia del dolore
4. Programma clinico
5. Reparto di ricovero
6. Follow up / presa in carico

Quale reparto per il ricovero?



Variabili

- Variabili legate al contesto
- Variabili legate agli obiettivi aziendali
- Variabili legate agli individui
- ...

Variabili di contesto

- Carico assistenziale (in PS, in reparto, dopo la dimissione)
- Rilevanza specialistica delle condizioni cliniche (Psichiatrica? Chirurgica? Ostetrica? Internistica?...)
- Numero e tipologia degli altri pazienti presenti in PS con indicazione a ricovero, letti disponibili nei reparti

Variabili aziendali

- Gli obiettivi di budget
(peso medio DRG, percentuale casi chirurgici, tempo medio di permanenza...)
- La divisione in Dipartimenti



Variabili individuali

MU

- Esperto?
- Autonomo?
- Collaborativo?

Specialista

- Esperto?
- Autonomo?
- Collaborativo?



L'esperienza

- The road to wisdom?
 - Well, it's plain
and simple to express:
Err
and err
and err again
but less
and less
and less.

Piet Hein, "The Road to Wisdom," *Grooks*, 1966

L'esperienza

- Essere specialisti non significa essere esperti
- E' bene che chi agisce come consulente sia un medico esperto

L'autonomia

- Al medico d'urgenza è richiesta una autonomia di valutazione e di intervento in molte aree specialistiche
- → Lo specialista non deve essere coinvolto per sola “competenza d'organo” ma per la presenza di un quesito clinico complesso o per concordare ricovero o follow up



I confini della medicina d'urgenza



L'autonomia

- Il medico d'urgenza ha di solito scarsa autonomia per quanto riguarda il ricovero in reparto specialistico o il follow up ambulatoriale



La collaborazione teoria

- Competenza collettiva
- Immagine condivisa
- Normalizzazione della devianza

La collaborazione

Pratica

- Chi** (chi è il paziente, quale è il quadro clinico)
- Cosa** (cosa mi attendo dalla consulenza)
- Quando** (definire e rispettare i tempi per la consulenza)
- Come** (se possibile valutare il paziente insieme, scrivere e firmare)



La collaborazione pratica

Nei casi nei quali non si trova un accordo deve essere prevista la possibilità di “salire di livello”

(coinvolgere nella scelta un medico esperto, i primari di PS e della specialità, la Direzione sanitaria ...)

La collaborazione

- La collaborazione è facilitata se le esigenze del paziente vengono messe al centro dell'attenzione e se il rapporto è di tipo paritario

La collaborazione

- La collaborazione è facilitata se sono predefinite delle regole e le priorità all'interno del contesto ospedaliero (per es urgenza vs elezione)



PROCEDURA PER LE CONSULENZE CHIRURGICHE AI PAZIENTI PRESENTI IN PRONTO SOCCORSO

1. Oggetto

La presente procedura contiene le modalità di consulenza urgente per i pazienti in accesso al Pronto Soccorso (PS) per i quali il medico di urgenza ritenga indicata una visita e parere del chirurgo generale.

2. Scopo e campo di applicazione

Considerato che il nostro Ospedale è un Centro di riferimento metropolitano per i pazienti con urgenze ed emergenze traumatologiche e chirurgiche, la presente procedura riconosce come proprio quadro di riferimento generale una situazione nella quale, tranne per casi assolutamente eccezionali, in DEA sia sempre presente un chirurgo al di fuori della Camera Operatoria (CO).

La presente procedura riconosce inoltre l'esigenza di definire il più velocemente possibile il percorso dei pazienti presenti in Pronto Soccorso per ottimizzare il funzionamento del reparto ed evitare prolungate attese degli utenti che non siano clinicamente giustificate.

3. Responsabilità

Questa procedura dovrà essere conosciuta ed applicata da tutti gli infermieri e da tutti i medici che operano in Pronto Soccorso e da tutti i chirurghi generali che a qualsiasi titolo si trovano a qualunque turno di guardia



PROCEDURA PER IL BLOCCO DEI RICOVERI PROGRAMMATI

1. Oggetto

La presente procedura contiene le modalità di richiesta, autorizzazione, applicazione e deroga del blocco dei ricoveri programmati, da attuarsi in caso di grave disparità tra il numero di pazienti in Pronto Soccorso che attendono un ricovero in reparto di degenza e il numero di letti disponibili nelle ore successive.

2. Scopo e campo di applicazione

Ridurre il disagio e il rischio clinico legati alla prolungata permanenza in Pronto Soccorso dei pazienti in attesa di ricovero nei reparti di degenza quando la disponibilità di posti letto liberi sia insufficiente.

3. Responsabilità

Questa procedura dovrà essere conosciuta ed applicata da tutti gli infermieri e da tutti i medici che operano nelle SC con disponibilità di letti di degenza oltre che dal personale addetto all'accettazione amministrativa.

4. Documenti di riferimento

-

5. Indicatori

La presente procedura non prevede l'utilizzo di indicatori.

6. Contenuto

O più semplicemente...

- In caso di conflitto la responsabilità finale delle decisioni per un paziente in Pronto Soccorso deve essere riconosciuta al medico di Pronto Soccorso



TEAMWORK

Share Victory. Share Defeat.

GRAZIE